UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 — N° 18

Indications et Avantages

de

l'Accouchement Prématuré Provoqué

dans

Certaines Pelvi-Viciations

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 6 Juillet 1912

PAR

M. MICHEL HENRY

Né à Vierzon (Cher), le 5 Novembre 1887

ALGER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE & LITHOGRAPHIQUE S. LÉON

15, RUE DE TANGER

1912

Indications et Avantages

de

l'Accouchement Prématuré Provoqué

dans

Certaines Pelvi-Viciations

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 — N° 18

Indications et Avantages de l'Accouchement Prématuré Provoqué dans Certaines Pelvi-Viciations

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 6 Juillet 1912

ACAD. ALGER BAT. BIBL.

PAR

M. MICHEL HENRY

Né à Vierzon (Cher), le 5 Novembre 1887

MEMBRES DU JURY :

Juges { MM. ROUVIER, Professeur de Clinique obstétricale, Président.
CURTILLET, Professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie, Assesseur.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé, Assesseur.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé, Assesseur.

NOTA. - **La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.**

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN ..... MM. CURTILLET (I. ✠).
ASSESSEUR ..... VINCENT (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✠).
Anatomie pathologique et histologie	POUJOL (I. ✠).
Physiologie	REY (✲ I. ✠).
Clinique médicale.	ARDIN-DELTEIL (I. ✠).
Clinique chirurgicale.....	VINCENT (I. ✠)
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.....	BRAULT (✲ I, ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale.	ROUVIER (✲ I. ✠).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (A. ✠).
Chimie médicale et toxicologie.	MALOSSE (I. ✠ ⚗).
Physique médicale et biologique	GUILLEMIN (✲ I. ✠).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique.....	HERAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale....	TRABUT (✲ I. ✠ Ma. O. ⚗).
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie.....	SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale...	CRESPIN (I. ✠.)

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique..... SAMBUC (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique internes.....	GILLOT (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✠). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✠).
Chaires de pharmacie et de matière médicale.....	MUSSO.
Section de médecine générale.	RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine.....	VIGUIER.
Section d'anatomie.....	ARGAUD (A. ✠).

A la Mémoire de ma Mère

A mon Père

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

M. le Professeur Jules ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Chevalier de la Légion d'Honneur

CHAPITRE I

Définition des Pelvi-Viciations

Quand un bassin présente dans son ensemble des défauts de forme ou de développement, ses diamètres sont forcément altérés dans leurs dimensions respectives. On dit que le bassin est vicié, qu'il a pelvi-viciation.

Il est inutile de transcrire ici la liste complète de ces malformations; elle est donnée par tous les traités d'obstétrique. Il suffit de rappeler que leur diagnostic est relativement facile, grâce à divers moyens d'investigation clinique : en particulier la pelvimétrie externe, et la pelvimétrie interne (toucher mensurateur).

Ces procédés peuvent d'ailleurs se montrer insuffisants; des altérations légères peuvent quelquefois passer inaperçues.

Mais il peut se faire aussi qu'un bassin d'apparence normale doive, au moment de l'accouchement, être traversé par un fœtus, de volume total ou partiel anormal. On comprendra aisément qu'en pareil cas le bassin normal se comportera comme s'il était altéré dans son organisation.

D'autres fois encore, bassin et fœtus seront normaux, mais l'excavation pelvienne sera envahie par les annexes de l'œuf (placenta prævia), par des tumeurs d'origine utérine (fibrôme) ou annexielle (kyste de l'ovaire). Une étendue variable des diamètres du pelvis sera ainsi annihilée, et le bassin se comportera durant le travail comme dans les cas de viciations anatomiques.

Aussi faut-il élargir la définition donnée plus haut des pelvi-viciations et dire :

Il y a pelvi-viciation lorsqu'il y a disproportion entre les dimensions de la filière génitale et celles du fœtus qui doit la traverser.

Une telle définition entraîne logiquement la subdivision qui suit :

1° Pelvi-viciations *anatomiques*, qui comprennent les bassins viciés par altération de forme

ou de développement, ou par tumeurs osseuses intra-pelviennes.

2° Pelvi-viciations *fonctionnelles*, causées par les fœtus de volume total ou partiel exagéré, et par les tumeurs d'origine ovulaire, utérine, ou annexielle.

CHAPITRE II

Pelvi-viciations Anatomiques

Nous avons défini plus haut les pelvi-viciations anatomiques; nous nous occuperons dans le présent chapitre de leur division au point de vue clinique. Nous ne nous inquiétons pas ici de la lésion qui a produit la déformation; ce qui nous importe, c'est la déformation elle-même, et plus précisément la longueur du diamètre utile, c'est-à-dire du diamètre qui par sa diminution entraîne la dystocie (promonto-pubien dans les bassins rachitiques, bis-ischiatique dans les bassins cyphotiques etc.).

Ainsi considérées les pelvi-viciations anatomiques peuvent être divisées en 3 grandes classes.

1° Pelvi-viciations graves ;

2° Pelvi-viciations moyennes ;

3° Pelvi-viciations légères.

1° *Pelvi-viciations graves.* – Ce sont celles dont le

diamètre utile est inférieur à 7 centimètres. On les trouve surtout à la suite de lésions osseuses intéressant spécialement le bassin. Elles surviennent généralement dans le jeune âge. Ce sont alors les bassins infantiles, généralement rétrécis par arrêt de développement ; les bassins rachitiques. Elles apparaissent plus rarement dans la seconde enfance ou l'adolescence ; (nous retrouvons les bassins rachitiques) ; ou après la puberté, (bassins ostéomalaciques).

Les lésions graves consécutives à une déviation de la colonne vertébrale ou à une boîterie (bassins cyphotique, lordotique, scoliotique ou asymétrique) sont rares dans cette catégorie.

Pourrait-on espérer, à moins d'opération césarienne, obtenir un fœtus vivant ? Les dimensions trop restreintes du diamètre utile l'interdisent. L'opération de Gigli ne fournirait qu'un agrandissement insuffisant pour laisser passer un fœtus à terme ; le forceps et la version ne donneraient d'autre résultat que de le blesser ; quant-à l'accouchement prématuré provoqué, nous ne pouvons rien espérer de lui, car il faudrait le pratiquer beaucoup trop tôt pour que l'enfant pût avoir quelques chances de survie. Songeons en

effet que dans les cas les plus favorables de la classe que nous envisageons, le fœtus ne pourrait avoir un âge supérieur à 7 mois, ce qui correspond à 1000 à 1500 gr. de poids; et à 70 0/0 de mortalité infantile environ. Bien supérieurs seront en l'occurence les résultats de l'opération césarienne à terme; c'est d'ailleurs l'intervention usitée actuellement par tous les accoucheurs dans des cas pareils. Si cette opération comporte encore une certaine mortalité, tant maternelle qu'infantile, du moins les résultats sont supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes.

2° *Pelvi-viciations moyennes.* Ici le problème comportera d'autres solutions. Le diamètre utile des bassins viciés de cette catégorie oscille en effet entre 7 cm. et 8 cm. 5.

Si nous nous rappelons que le bi-pariétal moyen du fœtus à terme mesure 9 cm. 5, nous voyons que c'est de 2 à 1 cm. qu'il faudrait pouvoir agrandir le bassin pour permettre l'expulsion du fœtus à terme.

Or l'opération de Gigli répond à cette indication. En effet, la pelvitomie nous permet d'obtenir un allongement de 2 cm. 5 au maximum

du diamètre utile. Cette opération ne va pas sans risques, certainement, et bien des accoucheurs lui préfèrent encore la césarienne; les risques disent ces derniers, n'étant pas plus grands pour la mère, et étant moindres pour l'enfant.

Mais que devons nous penser de l'accouchement provoqué ? Nous verrons, dans la suite, qu'il faut seule préconiser l'expulsion forcée dans le 9e mois, et n'y recourir plus tôt que dans des cas exceptionnels. Aussi préférons-nous dans les bassins viciés de la 2e catégorie, avoir recours, comme traitement de choix, sauf chez les primipares, à la pelvitomie, quitte, si la malade refuse une intervention sanglante, à tenter l'accouchement artificiel. Le fœtus aurait alors en moyenne 7 mois 1/2 à 8 mois 1/2, il pèserait 2.000 gr. et aurait 70 % de chances de survie. environ. Mais, nous le répétons, ces chiffres ne sont que de grosses moyennes, et il vaudrait mieux s'efforcer de déterminer directement le volume du fœtus par l'un des procédés indiqués plus loin.

Pelvi-viciations légères. — Elles comprennent les bassins dont le diamètre utile est égal ou supérieur à 8 cm. 5. Ce sont, cliniquement, les bassins viciés de beaucoup les plus fréquents, et c'est pour

eux que se pose presque toujours la question de l'accouchement prématuré provoqué.

Celui-ci sera, en effet, réalisé dans les meilleures conditions. Le faible degré du rétrécissement pelvien permettra de ne le pratiquer que tardivement, vers le terme de la grossesse, dans le cours du 9e mois.

A cette époque le développement du fœtus est presque achevé, et ses chances de viabilité diffèrent peu de celles du nouveau-né à terme. Son poids sera de 2.500 gr. ou plus, sa température oscillera autour de la normale.

Les indications relatives de la césarienne, de la pelvitomie, et de l'accouchement provoqué dans les pelvi-viciations légères seront discutées plus loin.

CHAPITRE III

Pelvi-Viciations Fonctionnelles

S'il est vrai qu'en moyenne le fœtus à terme pèse 3.200 à 3.500 gr., cependant, dans des cas particuliers, son poids peut s'élever dans des proportions considérables. Il est facile de comprendre que, les diamètres augmentant avec le poids, un tel fœtus, ayant à traverser un bassin, même bien conformé, sera pour lui-même une cause de dystocie. Il n'est d'ailleurs pas indispensable que le volume total du fœtus soit exagéré ; que seuls le bi-pariétal ou le bis-acromial augmentent de longueur; qu'une lésion pathologique ait provoqué chez lui de l'hydrocéphalie ou de la rétention d'urine, et son expulsion sera devenue, sinon impossible, du moins très difficile : il y aura dystocie fœtale.

Ces cas forment le 1er groupe des pelvi-vicia-

tions fonctionnelles. Il faudra donc les diviser en 2 classes :

1° Pelvi-viciations à fœtus d'apparence normale ;

2° Pelvi-viciations à fœtus anormal.

1° *Le fœtus est d'apparence normale.*

a) L'excès de volume est total. Le poids et le volume du fœtus dépassent notablement les moyennes, et s'accompagnent d'excès de longueur de tous les diamètres, en particulier des diamètres céphaliques et bis-acromial.

Normalement le fœtus à terme mesure 9 cm. 5 de bi-pariétal et 12 cm. de bis-acromial, ce dernier réductible à 9 cm. 5. Ces dimensions sont souvent dépassées; le professeur Rouvier, dans son mémoire sur le crochet axillaire, a cité de nombreux cas où le bis-acromial atteignait ou dépassait 16 cm.

Tel était le cas d'un fœtus, né le 26 mai 1912, à la Maternité d'Alger, dont nous citons plus loin l'observation (N° XX).

b) L'excès de volume est partiel. Certains diamètres, en particulier le bi-pariétal et le bis-acromial, l'emportent seuls par leurs dimensions sur les moyennes habituelles.

L'excès de longueur du bi-pariétal est particulièrement fréquent chez les brachycéphales, et est une cause d'arrêt de la tête au détroit inférieur.

Si nous remarquons que les facteurs de viabilité chez un fœtus sont, non pas l'âge, mais le poids et le volume qui traduisent un développement plus parfait, nous pouvons en tirer une conclusion immédiate : provoquer l'accouchement dès que les dimensions du fœtus deviendront égales à celles du bassin maternel. (Nous avons supposé un bassin normal). L'enfant ainsi obtenu, quoique né avant terme, sera un enfant normal, aussi viable que s'il n'était pas prématuré.

Les pelvi-viciations fonctionnelles de cause fœtale nous intéressent donc au même titre que les pelvi-viciations anatomiques légères, car elles soulèvent, le plus souvent, les mêmes indications thérapeutiques. On les rencontre surtout chez les multipares; en effet, leurs enfants sont généralement plus gros que ceux des primipares. Ce sont elles qui donnent les meilleurs résultats. L'inconvénient est que souvent les mères s'adressent trop tard à l'accoucheur, alors qu'il est devenu impossible de provoquer l'accouchement prématuré; le forceps, la version, ou même la basiotripsie sont

quelquefois indispensables pour délivrer la mère.

2° *Le fœtus est anormal.*— Les indications opératoires sont bien différentes. Nous sommes ici en présence, soit de cas thérapeutiqués, soit de cas pathologiques chez des fœtus à vitalité nulle ou plus ou moins amoindrie, et le sort de la mère acquiert une importance prépondérante.

Ce sont presque toujours des excès de volume partiel qui causent la dystocie : en première ligne il faut citer les hydrocéphales (certains crânes atteignent ainsi 50 centimètres et plus de circonférence) ; puis viennent les malformations et les maladies de l'ovoïde cormique : rétentions d'urine volumineuse, ascite, rein polykystique, spina bifida. Les divers cas de monstruosités, monstres doubles principalement, occasionnent fréquemment une gêne sérieuse pour l'accouchement.

Conseillera-t-on ici l'accouchement artificiel ?

Il faut d'abord remarquer que la plupart du temps ces vices de conformation restent latents, et que l'on ne les soupçonne ou les reconnaît qu'au moment de la naissance. Mais les eût-on diagnostiqués à l'avance que la conduite à tenir n'en serait pas modifiée. Obtenir un enfant vivant serait chose bien improbable; et même si cet espoir

chimérique se réalisait, le nourrisson serait fatalement condamné, soit à une mort précoce, soit aux graves conséquences de la débilité congénitale, au double point de vue physique et mental.

L'embryotomie sera donc ici l'intervention de choix, puisque le fœtus succombe généralement avant de naître, et c'est en pratique, sinon la seule, du moins la plus employée.

Aux pelvi-viciations fonctionnelles qui précèdent, il faut ajouter celles qui sont dues à une tumeur intra-pelvienne (placenta prævia, fibrome, cancer de l'utérus, kyste de l'ovaire, kyste hydatique, cancer du rectum, ectopie rénale).

Ces dernières relèvent plutôt, au point de vue thérapeutique, d'une intervention opératoire directe que de l'expulsion provoquée du fœtus.

La conduite à tenir est variable suivant les cas. Suivant son volume et sa situation anatomo-pathologique, un fibrôme pourra permettre l'accouchement spontané à terme, ou relever de la myomectomie (fibrômes pédiculés) ou exiger une hystérectomie (opération de Porro). Le cancer de l'utérus sera opérable ou ne le sera pas ; dans le dernier cas, il faudra le plus souvent avoir recours à l'opération de Porro.

On pourra essayer de refouler un kyste de l'ovaire et de terminer l'accouchement au forceps; si impossible, il faudra pratiquer, la césarienne. Les kystes hydatiques peuvent se traiter par la simple ponction.

Beaucoup de tumeurs intra-pelviennes ont une influence néfaste sur la grossesse, et sont aggravées par elle; aussi l'avortement, spontané ou thérapeutique, est-il fréquent en pareil cas. Rarement elles constituent une indication d'accouchement provoqué.

Une mention spéciale doit cependant être faite pour le placenta prævia. Les hémorragies, se produisant dans les trois derniers mois, ne nécessitent une intervention que lorsque le fœtus est déjà viable. On se préoccupe alors exclusivement des altérations qu'elles provoquent dans l'état général; et non de l'entrave provoquée par l'insertion anormale du placenta pendant le travail.

Le professeur Rouvier a publié (*Bull. méd. de l'Algérie*, 25 juillet 1909), une observation d'accouchement provoqué en pareil cas (Observation XXI). Il concluait que c'est l'intervention de choix dans les cas de placenta prævia avec hémorragies graves au terme de la grossesse. Les

bruits du cœur fœtal et l'état général de la mère doivent être surveillés de très près ; l'intervention ne devra pas être trop tardive car elle exposerait la mère à la syncope hémorragique et l'enfant à l'asphyxie blanche.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir
en présence d'une Pelvi-viciation légère
Valeur comparée de l'accouchement provoqué,
de la césarienne et de la Pelvitomie

Nous avons vu dans les chapitres précédents que les pelvi-viciations légères constituaient des indications pour l'accouchement provoqué.

Mais tous les accoucheurs ne sont pas d'accord sur ce point ; si les uns recourent à l'accouchement artificiel, les autres préfèrent attendre le terme de la grossesse, quittes à user de toute autre intervention, sanglante ou non, en cas de dystocie.

Quels sont les avantages de chacune de ces manières de procéder ?

Quant une femme, atteinte d'une pelvi-viciation légère, soit anatomique, soit fonctionnelle, se présente à l'accoucheur, deux cas sont possibles :

a) la grossesse est à terme ;

b) la grossesse est en cours.

1° *La grossesse est à terme.* — Il n'est pas absolument interdit de compter sur un accouchement spontané. Cette éventualité se réalise dans bien des cas. Est-il sage d'espérer une issue favorable, ou est-il préférable d'intervenir d'emblée ?

Les avis sont partagés, et l'on peut constater ici que la médecine n'est pas une science, mais un art. Il appartient à l'accoucheur de prévoir, en chaque cas particulier, la terminaison probable, et d'agir en conséquence.

Nous devons cependant faire remarquer que l'expectation absolue et de parti pris pourrait exposer à de gros risques et la mère et le fœtus.

Pour la mère, ce seront la lenteur et la difficulté du travail, avec le surmenage et l'état de moindre résistance qu'elles entraînent, l'exposant à des accidents graves en cas d'intervention sanglante; la tétanisation ou au contraire l'inertie des parois utérines, les déchirures du périnée. Ce seront enfin les interventions trop tardives : application de forceps, ou versions, qui, si bien faites soient-elles, blessant plus ou moins les parties molles, favoriseront alors l'infection.

Pour l'enfant, la longueur de l'accouchement causera les vastes bosses séro-sanguines, les cé-

phalhématomes, la souffrance du fœtus enfin, avec les indications qu'elle comporte : terminaison rapide de l'acouchement, forceps, version. Aussi est-il prudent d'intervenir sans tarder, tempestivement, dès que la mère se fatigue ou que le fœtus commence à souffrir.

Il est d'autres cas ou l'accouchement spontané n'est pas possible. Nous nous trouvons alors généralement en présence de multipares, dont l'enfant, plus volumineux que dans les grossesses précédentes, empêche un accouchement qui malgré le bassin légèrement vicié avait été jusque-là possible.

Tel est le cas rapporté dans l'observation n° XX. Une femme avait déjà eu 5 grossesses eutociques; le dernier accouchement cependant avait exigé une application de forceps; dans la grossesse actuelle, la mère eut un gros garçon, pesant plus de 5 kilos; l'expulsion spontané ne put avoir lieu; le fœtus était mort quand la mère arriva à l'hôpital. Le professeur Rouvier dut pratiquer la basiotripsie.

Si l'accouchement est impossible, l'accoucheur a le choix entre trois interventions :

1° Basiotripsie ;

2° Pelvitomie ;

3° Opération césarienne.

1° *Basiotripsie.* — Les accoucheurs sont unanimes, actuellement, à condamner les manœuvres fœticides. Ils réservent l'embryotomie aux cas où le fœtus est déjà mort, ou bien où la mère refuse toute autre intervention. Mais doit-elle être, même exceptionnellement, pratiquée sur le fœtus vivant ? Tout le monde ne croit pas, avec le professeur Pinard, que l'accoucheur a le droit de pratiquer l'opération césarienne sans l'autorisation de la mère; cette opération présente de sérieux risques de mort, et la mère a le droit de préférer ses jours à ceux de l'enfant. Aussi quelques-uns conseillent-ils de pratiquer l'embryotomie comme suprême ressource, chez une femme malade, déjà fatiguée par le travail, et qui n'accepterait pas une autre intervention.

Mais, nous le répétons, cette opération est toujours discutable, hors le cas de fœtus mort. Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, qu'elle soit toujours inoffensive pour la mère; les parties génitales de cette dernière peuvent être lésées par le contact des instrument; le choc opératoire a été signalé, mais il nous paraît plutôt imputable au

surmenage, de même que les hémorragies de la délivrance et les chances d'infection puerpérale.

2° *Pelvitomie.* — A la symphyséotomie, tour à tour en honneur et abandonnée, depuis que Sigault, de Dijon, la préconisa en 1768, on préfère actuellement la pubiotomie, ou opération de Gigli, qui expose à moins de dangers et donne de meilleurs résultats.

Quels sont ces résultats ?

A quels dangers cette opération expose-t-elle ?

Quelle mortalité entraîne-t-elle ?

La pelvitomie a pour avantages d'agrandir les diamètres du bassin, et cela, proportionnellement, d'autant plus que le bassin est plus vicié. L'agrandissement peut aller jusqu'à 21 millimètres dans les bassins dont le P. P. M. mesure 9 cm., et jusqu'à 30 millimètres dans ceux où il est inférieur à 6 cm. Ces avantages sont notables, aussi la pubiotomie n'est-elle pas une opération à rejeter dans tous les cas; mais elle a de graves inconvénients, tant immédiats qu'à distance.

Immédiats ? Ils paraissent nombreux : Elle ne peut être pratiquée que si la dilatation est complète; diastasis des articulations sacro-iliaques ; déchirures de l'urètre, de la vessie, du vagin ;

blessures du plexus veineux rétro-pubien, d'où hémorragies graves; accidents infectieux, thrombus, embolies. Mais il faut reconnaître que la plupart de ces accidents sont exceptionnels, sauf chez les primipares.

A distance ? Ce seront : l'incontinence d'urine, la fistule vésico-vaginale, le prolapsus utérin, la difficulté de la marche.

Ces séquelles, fréquentes, ne suffiraient pas à elles seules, à déconseiller la pelvitomie dans les P. V. légères ;mais il y a un autre élément de pronostic à considérer : la mortalité. Pour en bien saisir la gravité, il est bon d'employer la méthode de Charles (de Liège) qui pour chaque accouchement additionne le nombre d'existences mises en jeu.

D'après la statistique de M. Bué, une des meilleures, il y a une mortalité maternelle de 5. 8 %, et infantile de 10.3 %. Soit au total 16,1 morts pour 100 accouchements. On conviendra que ces chiffres donnent à réfléchir, et que si l'on comprend l'emploi de cette opération dans les P. V. moyennes, où le choix des interventions est limité, on soit porté à le rejeter pour les viciations légères.

Cette opinion se confirme, si l'on considère les statistiques d'autres auteurs. Voici celles de MM. Pinard, Morisani, Rubinrot.

AUTEURS	MORTALITÉ MATERNELLE	MORTALITÉ FŒTALE	MORTALITÉ TOTALE
Pinard.....	12 °/₀	13 °/₀	25 °/₀ accouchᵗˢ
Moritani.....	11,6 °/₀	12 °/₀	25,6 °/₀ —
Rubinrot....	11,03 °/₀	13,97 °/₀	25 °/₀ —

Quant à la morbidité maternelle, elle est considérable.

La pelvitomie peut-elle être répétée ? On a pu la pratiquer 2 à 3 fois sur la même malade, encore les résultats sont-ils peu encourageants.

Il faut reconnaître cependant que l'opération de Gigli n'a pas que des désavantages. Le professeur Rouvier a prouvé que, sauf les cas exceptionnels, la pubiotomie n'a pas besoin d'être répétée, car l'agrandissement une fois obtenu est définitif (Voir plus loin Obs. n° XXII).

3° *Opération césarienne.* — Elle consiste dans la création artificielle, par hystérotomie, d'une voie d'extraction au fœtus, quand l'expulsion ou l'extraction fœtale sont impossibles par les voies naturelles.

On distingue 4 grandes variétés de césariennes :

1° Opération césarienne classique ;

2° Opération césarienne supra-symphysaire transpéritonéale ;

3° Opération césarienne supra-symphysaire extrapéritonéale ;

4° Opération césarienne vaginale, de Dührssen.

Dans la césarienne classique, on pratique la section du corps de l'utérus, médiane ou transversale (méthode de Fritsch). Dans les césariennes supra-symphysaires, on sectionne le segment inférieur, verticalement et en refoulant le péritoine en haut (variété extrapéritonéale), ou bien obliquement, et en traversant le péritoine (var. transpéritonéale). L'opération de Dührssen, employée surtout en Allemagne, consiste à fendre transversalement le col et le segment inférieur, jusqu'aux parois pelviennes, pour extraire ensuite l'enfant par version.

Avant l'asepsie, la mortalité maternelle était de 100 % ; elle a considérablement diminué, depuis 1870, et actuellement certains accoucheurs, tels que le professeur Pinard, s'en font les ardents défenseurs, et la pratiquent couramment

dans les pelvi-viciations légères, de préférence à l'accouchement provoqué. Quels sont donc les avantages de cette intervention ? Elle permet d'attendre la fin de la grossesse, et d'obtenir ainsi des enfants à terme ; elle peut être répétée, elle est peu dangereuse : mortalité maternelle : 7,85 % Mortalité infantile : 5,87 %. Nous allons voir ce qu'il faut en penser. Disons tout de suite, que même dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire dans les pelvi-viciations légères, ce sera l'opération de choix si la mère est morte ou agonisante. Mais, ce cas mis à part, l'opération césarienne a de gros inconvénients, et les avantages précités sont discutables. Elle entraîne des accidents immédiats : choc opératoire considérable, hémorragies, chute du sang dans le péritoine, issue des anses intestinales, et infection possible ; et des accidents à distance, lors des grossesses ultérieures : adhérences utéro-pariétales, gênant l'ampliation de la matrice, rupture possible de cet organe au niveau de la suture. Aussi disions-nous bien que les avantages de la césarienne étaient discutables. Cette possibilité de la répéter est bien limitée, car à la 3e fois les risques à courir sont considérables, et la rupture utérine est à redouter.

Nous verrons plus loin que le fait d'obtenir un enfant à terme n'est pas un avantage si considérable que l'on doive tout lui sacrifier : le prématuré au 9e mois que nous aurions pu avoir si nous n'avions pas résolu de faire la césarienne à terme se serait probablement très bien élevé, aussi bien au moins que dans l'autre hypothèse. Nous savons, en effet, que la césarienne donne 32 % de léthalité fœtale éloignée. Reste la question de la mortalité, et c'est le grand argument des hystérotomistes.

Pourtant, en regardant bien, les chiffres que nous avons cités plus haut donnent, par la méthode de Charles (de Liège) 7,85 + 5,70 = 13,55 de mortalité pour 100 accouchements, alors que certaines statistiques d'accouchement provoqué, que nous citons plus loin, ne donnent que 12,82 ou même 10 % de mortalité totale.

Enfin, la césarienne a un gros inconvénient pratique. Elle ne peut être facilement faite que dans les établissements hospitaliers, ou dans les cliniques particulières bien agencées, pourvues d'un personnel d'aides instruits et entraînés. Combien de médecins peuvent s'y risquer dans leur clientèle, s'ils habitent les petits centres, ou la campa-

gne ? S'il est vrai qu'on cite des cas de césarienne pratiquée d'urgence, dans une chaumière, avec succès, ces cas sont bien rares !

Le moment de choix pour intervenir par la césarienne est très discuté.

Le professeur Bar opère avant tout début de travail. La césarienne devient ainsi une opération que l'on pratique à son heure, sans précipitation, dans les meilleures conditions de calme et d'asepsie.

Le professeur Pinard préfère n'opérer que lorsque le travail est déjà commencé, la dilatation étant de 2 à 3 centimètres. Il n'y a pas à craindre ainsi l'inertie utérine; le drainage de l'utérus est plus facile, et on est sûr de ne pas opérer avant terme.

De plus, en attendant le terme de la grossesse, on pourra quelquefois obtenir un accouchement spontané, alors que de prime abord le fait paraissait impossible.

Nous avons pu observer récemment dans le service du professeur Rouvier, une primipare qui accoucha spontanément d'un gros fœtus alors que la césarienne aurait paru inévitable (V. obs. n° XXIII) à d'autres praticiens. Aussi parait-il

préférable de se rallier à la doctrine du professeur Pinard.

2° *La grossesse est en cours.* — Après examen, l'accoucheur devra trancher les points suivants :

A) Faut-il attendre le terme de la grossesse, et courir les risques d'intervention possible ?

Si l'expectante est multipare, les renseignements les plus précieux seront fournis par l'évolution des précédentes grossesses. L'accoucheur se rappellera cependant que ces femmes ont souvent des enfants plus gros que lors de leurs précédentes gestations, et il devra en tenir compte.

En présence d'une primipare, le problème est plus difficile. Certains auteurs (Pinard) rejettent complètement l'accouchement provoqué. D'autres (Bar, J. Rouvier) sont éclectiques, et le pratiquent dans certains cas de bassins à diamètre utile égal ou supérieur à 8,5.

Une mention spéciale doit cependant être faite au bassin cyphotique. De nombreuses observations de la Maternité d'Alger montrent que l'accouchement spontané est fréquent chez les cyphotiques ; s'il n'est pas possible, le professeur Rouvier préfère pratiquer l'opération de Gigli, qui trouve ici ses meilleures indications. En effet, à un écarte-

ment donné des surfaces sectionnées correspond un agrandissement égal du bis-ischiatique. D'autre part, l'engagement se fait bien au détroit supérieur, et la pubiotomie faite, la tête fœtale peut facilement être saisie avec le forceps.

Quant à la césarienne, le professeur Rouvier déclare n'avoir jamais eu occasion de la faire en pareil cas.

B) *L'accouchement prématuré est décidé.* — Quand le provoquera-t-on ?

Quelle en sera la technique ?

C'est la discussion de ces questions qui fera l'objet des chapitres suivants.

CHAPITRE V

Quand faut-il provoquer l'accouchement ?

En matière d'accouchement provoqué, la plus grande difficulté consiste certainement à en fixer la date. Une première méthode, la plus simple en apparence, celle qui vient tout d'abord à l'esprit, consisterait à se baser tout simplement sur l'âge du fœtus. Celui-ci est viable à partir du 6e mois. Nous aurions donc le droit de provoquer son expulsion dans tout le cours du dernier trimestre ; l'accouchement serait d'autant plus facile qu'il serait provoqué plus tôt. Cette méthode se heurte à deux difficultés capitales :

1° L'ignorance où nous sommes de l'époque de la fécondation, donc, de l'âge de la grossesse ;

2° La mortalité infantile.

Nous n'insisterons pas sur le premier point. Quiconque a fréquenté les cliniques d'accouche-

ment sait combien il est difficile de déterminer exactement l'âge d'une grossesse. On ne peut attribuer une valeur trop absolue à l'apparition de l'aménorrhée; les règles peuvent manquer sans qu'il y ait gestation, et la réciproque est vraie. De plus, les femmes ont souvent oublié la date de leurs dernières règles. Si même elles s'en souviennent, cette date n'a de valeur que chez les femmes bien réglées, les autres pouvant avoir méconnu ou exagéré la valeur d'un léger écoulement sanguin; enfin, même dans les meilleurs cas l'erreur peut atteindre plusieurs semaines. Le volume du ventre ou celui du fœtus n'ont qu'une valeur bien minime.

Combien importante est cependant la question de la mortalité infantile dans ses rapports avec l'âge du fœtus au moment de la naissance ! Les chances de survie du prématuré sont d'autant plus faibles qu'il est moins âgé. Sans vouloir anticiper ici sur la question de l'avenir des prématurés, nous citerons la statistique de Potel :

à 6	mois	1/2	succombent	80,4 %	des prématurés.
à 7	—		—	58,1 »	—
à 7	—	1/2	—	51 »	—
à 8	—		—	35 »	—

Ces chiffres nous montrent clairement la nécessité de provoquer l'accouchement le plus tard possible pour accroître les chances de survie des enfants.

Mais quand ? On pourrait peut-être déduire les diamètres du fœtus de son âge présumé, et agir quand ses diamètres seraient égaux à ceux du bassin ? Pareils calculs sont impossibles à établir, quand on ignore l'âge de la grossesse ! De plus, nous savons qu'il y a de gros et de petits fœtus, cette méthode donnerait des diamètres variables pour des enfants d'un même âge. Les chiffres que l'on a pu donner à ce sujet n'expriment que des moyennes, et ne peuvent pas nous servir. Force nous sera donc de recourir à un autre procédé. Nous devrons déterminer directement les dimensions :

1° Du fœtus, et plus spécialement de son ovoïde céphalique ;

2° Du bassin maternel.

Nous serons ainsi d'accord avec la raison clinique : peut nous importe l'âge du fœtus : à poids et à dimensions égaux, deux enfants sont également viables, quel que soit leur âge.

1° *Détermination des diamètres fœtaux.* — Nous avons vu que nous devions nous efforcer de les déterminer directement. Les plus intéressants sont ceux de l'ovoïde céphalique, et parmi eux le plus important de beaucoup est le bi-pariétal. C'est, en effet, sa longueur exagérée (ou, ce qui revient au même la longueur trop faible du P. P. M.) qui est la cause la plus fréquente de dystocie au détroit inférieur. Mais ce diamètre est rarement accessible au palper, et M. Perret, qui s'est occupé tout particulièrement de sa mensuration, a dû recourir à une méthode indirecte pour le déterminer. Ayant mesuré 228 crânes de fœtus, il a trouvé qu'il existait entre les diamètres occipito-frontal et bi-pariétal, une différence presque fixe de 25 millimètres (25,7 et 23,2 ; cas extrêmes).

NOMBRE DE CAS	B. P.	DIFFÉRENCE AVEC L'O., F.
120	85,3	24,9
97	80,4	25,3
64	76	25,7
47	68,71	23,2

L'erreur maxima commise par M. Perret au-

rait été de 1^{mm}92. D'où la possibilité de déduire le bi-pariétal de l'occipito-frontal, qui, lui, est accessible. — M. Perret a fait construire à cet effet un céphalomètre, qui habilement manié donne d'excellents résultats. — L'opérateur appuie les 2 boutons du céphalomètre sur les pôles de l'O. F., et lit les résultats sur une glissière. Il suffit de tenir compte de l'épaisseur de la paroi abdominale. On obtient assez facilement cette épaisseur en pinçant la paroi entre deux doigts, et en mesurant. L'erreur cependant peut atteindre plusieurs millimètres.

Avec cette méthode, l'approximation est en général très suffisante, l'erreur n'est que de quelques millimètres. Exceptionnellement cependant elle a pu atteindre un centimètre et plus.

On a reproché à la méthode de Perret la complication et les approximations successives à employer pour obtenir le résultat. Aussi certains accoucheurs préfèrent-ils user d'un procédé beaucoup plus simple, et qui, entre des mains exercées, peut donner d'aussi bons résultats. Saisissant la tête fœtale entre les doigts, il tentent de l'engager. Les sensations de résistance plus ou moins grande obtenue renseignent suffisamment l'observateur,

qui provoquera l'accouchement quand il aura peine à obtenir l'engagement.

2° *Détermination des diamètres maternels.* — D'après la définition générale que nous avons donnée des pelvi-viciations, nous voyons qu'il ne nous suffit pas de connaître le fœtus ; il nous faut aussi connaître la filière qu'il aura à traverser. Pour celà, nous avons deux moyens à notre disposition pelvimétrie externe ; pelvimétrie interne.

La pelvimétrie externe ne nous donnera ici que peu de renseignements. L'examen des diamètres bi-crétal,bis-épineux,bis-ischiatique,de Baudelocque, celui du quadrilatère obstétrical, nous indiqueront bien si nous avons affaire à un bassin vicié, mais ils ne nous donneront pas avec assez d'exactitude, le degré du rétrécissement.

Plus précieuse sera la pelvimétrie interne, qui par le toucher nous indiquera si le promontoire est accessible, et dans l'affirmative nous permettra de mesurer le diamètre P. P. M. à quelques millimètres près.

Le professeur Rouvier en a fixé minutieusement la technique.

On devra commencer l'examen par le toucher uni-digital pratiqué avec l'index. Si l'on atteint

le promontoire, on pourra apprécier immédiatement le P. P. M.

Sinon, on aura recours au toucher bi-digital (index et médius) qui donne 15 mm. de plus en général. En cas de besoin, enfin, on pourra user du toucher manuel, pratiqué sous anesthésie.

Il sera possible alors d'explorer toute la cavité pelvienne. Le professeur Rouvier recommande de toucher successivement avec les deux mains; chaque main n'explorant bien que la moitié homonyme de l'excavation. Il est indispensable pour les asymétries pelviennes. On a reproché au toucher mensurateur son manque d'exactitude. Plusieurs observateurs exercés, dit-on, peuvent trouver des chiffres différents. Il n'en reste pas moins que c'est le procédé le plus exact dont dispose actuellement la science obstétricale.

Une fois connus le volume du fœtus et le diamètre utile du bassin maternel, il restera à l'accoucheur à fixer la date de l'expulsion, assez tard pour que le fœtus ait le plus de chances de viabilité, assez tôt pour que l'accouchement ne soit pas dystocique. Si les indications énoncées plus haut sont remplies, l'enfant devra naître dans le courant du 9^{e} mois, (poids normal de 2500 gr.) ou tout

au moins exceptionnellement dans la 2e quinzaine du 8e mois. En ce cas, son poids devra être égal ou supérieur à 2 k. 200. Cependant, dans le cas de fœtus très gros, surtout chez des multipares, ayant toujours eu de gros enfants, l'expulsion pourra avoir lieu plus tôt, dans le 8e mois par exemple, sans que le pronostic en soit aggravé.

CHAPITRE VI

Technique

Tarnier divisait en trois catégories les moyens que l'on peut employer pour interrompre la grossesse :

1° Agents médicamenteux,

2° Excitation de l'utérus par voie réflexe,

3° Action directe sur l'utérus.

A) *Agents médicamenteux.* — Ils sont bien connus; ce sont la rue, la sabine, l'ergot de seigle, la quinine, la pilocarpine, etc. On a renoncé à les employer car leur action est trop dangereuse et trop incertaine; ils n'agissent que « par un véritable cambriolage de l'utérus », et provoquent des phénomènes d'intoxication générale.

B) *Excication de l'utérus par voie réflexe.* — On peut agir : 1° En un point éloigné de l'utérus, par les bains chauds (Sippel, 1886 — Hoffmann) justement tombés dans l'oubli, ou par la révulsion

mammaire, également abandonnée. On usait des sinapismes (Friedreich) des ventouses (Kilian et Scanzoni) des massages, de l'électrisation des aréoles (Freund et Soudheimer).

2° En un point rapproché de l'utérus :

a) Electrisation.— Préconisée par Bayer et Astolfi. — Ils emploient un courant continu de 25 à 30 milli-ampères. Le pôle négatif est appliqué sur le col, le pôle positif sur la paroi abdominale.

b) Massages utérins. — On ne les emploie plus que pour ranimer les contractions torpides.

c) Tamponnement vaginal. — Scholler, en 1839, ayant pratiqué un tamponnement vaginal serré pour arrêter une hémorragie placentaire, vit le travail se produire. Depuis le procédé a été appliqué ,et il l'est encore quelquefois. On peut user du tamponnement vrai à la gaze, ou de ballons de caoutchouc (Braun 1851).

d) Douches de Kiwisch. — (1844-1845). Elles consistent en irrigations vaginales, à l'eau chaude (40°) dirigées sur le col, pendant 10 à 15 minutes, répétées 3 à 4 fois par jour. Elles produisent des lipothymies, des syncopes. On a même eu des cas de mort subite. Par ce procédé, Tarnier a eu des perforations des culs-de-sac vaginaux.

Sarwey a appliqué la méthode de Kiwisch, atténuée. (Irrigations vaginales de 50 à 100 litres d'eau à 37°5, à la pression de 1^{m}), et dit en avoir obtenu de bons résultats.

C) *Action directe sur l'utérus.* — On peut agir 1° Au niveau du col : tamponnement *intra-cervical* à la gaze iodoformée ou glycérinée; cône d'éponge de Klüge, ballons de Barnes, électrisation.

2° Au niveau du segment inférieur :

a) Ponction des membranes. — Moyen très efficace, qui a l'inconvénient, par l'écoulement du liquide amniotique, de rendre l'accouchement plus difficile.

b) Décollement du pôle inférieur de l'œuf. Moyen excellent.

c) Ballons de Tarnier et de Champetier de Ribes.

3° Au niveau du corps : sonde de Krause ; injections profondes de glycérine stérile.

Tous ces procédés sont encore en usage, et chacun d'eux compte ses partisans; ils sont trop connus pour que nous les décrivions; nous ne parlerons que de ceux employés dans le service du Professeur Rouvier, à la Maternité d'Alger.

Ayant recours à l'un des procédés les plus simples, en même temps que les plus efficaces, le Professeur Rouvier fait d'abord placer une sonde de Krause. Cette sonde, simple bougie de gomme flexible, stérilisée, et largement enduite de glycérine, est introduite dans le col sur deux doigts de la main gauche servant de guide. On la pousse doucement, entre les membranes et la paroi du segment inférieur, jusqu'à ce que l'extrémité libre affleure la vulve. On replie alors cette extrémité dans le vagin, de façon que, prenant point d'appui sur ses parois, elle fixe la sonde par son élasticité. Bien conduite, cette opération ne cause pas d'accidents : rarement, il pourra se produire une rupture des membranes, ou une petite hémorragie.

Quel effet produit la sonde de Krause ? L'expérience montre qu'elle agit sur les parois de la matrice, en produisant un début de travail, si bien qu'elle est expulsée, dans la plupart des cas, de 12 à 24 heures après son introduction.

Le travail peut alors continuer de lui-même, mais le fait est exceptionnel, et d'ordinaire, l'accoucheur devra agir encore.

Comme le montrent nos observations, le profes-

seur Rouvier faisait autrefois placer, après la sonde de Krause, un ballon de Tarnier.

Le ballon, bien purgé d'air, était introduit entre la présentation et le segment inférieur, et gonflé, soit avec de l'eau stérilisée, soit avec une solution de permanganate de potasse.

Nos observations prouvent que ce procédé a presque toujours été suffisant : des contractions régulières s'établissaient, la dilatation du col s'effectuait, le ballon était chassé dans le vagin, et le travail continuait de lui-même.

Un petit accident, assez fréquent, est la rupture du ballon. Cet inconvénient est sans importance, l'appareil étant gonflé avec un liquide aseptique; on en est quitte pour le remplacer par un second. Il peut arriver cependant que malgré sonde de Krause et ballons de Tarnier, la dilatation reste stationnaire. Le Professeur Rouvier fait pratiquer en pareil cas la dilatation bi-manuelle de Bonnaire, qui, efficace dans tous les cas, a cependant l'inconvénient grave de fatiguer les doigts de l'accoucheur, et de rendre ainsi plus difficile, le cas échéant, l'application de forceps ou la pratique de la version. — On surmonte cette petite difficulté en confiant la manœuvre à un aide.

On pourrait encore employer l'écarteur de Tarnier qui agit très rapidement. Mais il peut entraîner des blessures de la paroi cervicale, s'il vient à glisser; on a même cité des cas de rupture utérine.

Les déchirures peuvent s'étendre au vagin, au segment inférieur, au paramétrium.

« L'écarteur Tarnier ,dit M. Bar, ne dilate pas le col. Il le force, le brise, le déchire. » (Prat. de l'art. des accouch.).

Il faut reconnaître cependant que beaucoup de ces accidents sont dûs en partie à un manque de surveillance, et qu'ils ne se produiraient pas si l'écarteur, dûment maintenu en place, était prudemment manié.

La sonde de Krause et les ballons de Tarnier ont un autre inconvénient. Ils provoquent bien la dilatation, mais non l'amincissement du segment inférieur, contrairement à ce qui a eu lieu dans l'accouchement physiologique.Aussi le professeur Rouvier préfère-t-il actuellement se servir, après la sonde de Krause, d'un des ballons de Champetier de Ribes. Ces ballons, à l'encontre de ceux de Tarnier, sont en tissu inextensible. Le professeur Bar, au congrès international de gynécologie et

d'obstétrique de Budapest en 1909, a exposé leurs avantages et leurs inconvénients.

« On demande, dit-il, au ballon de Champetier de Ribes, de provoquer les contractions utérines ou de les activer, mais surtout d'agir directement sur le col, comme le ferait une poche des eaux activement poussée par des contractions répétées, d'appuyer sur lui, de l'effacer, de le dilater... Le ballon agit à peu près comme le ferait la poche des eaux... On peut admettre que les modifications qui se produisent du côté du segment inférieur et du côté du col se rapprochent, autant qu'un état créé par l'art peut se rapprocher d'un état naturel, de celles qui se produisent dans l'accouchement spontané. » M. Bar remarque ensuite que ces ballons ont l'inconvénient, par leur volume, de repousser la présentation, donc de favoriser les présentations vicieuses et la procidence du cordon. Aussi sera-t-il sage de n'employer que des ballons de petit volume.

Quelle est en moyenne la durée du travail, avec ces procédés ? Elle est très variable, pouvant durer de quelques heures à 6 et 8 jours.

Nos observations nous donnent les temps sui-

vants, entre l'introduction de la sonde de Krause, et l'expulsion du fœtus.

Observations :	I	3 jours	Observations :	XI	48 heures
	II	3 —		XII	48 —
	III	3 —		XIII	3 jours
	IV	2 —		XIV	24 heures
	V	4 —		XV	30 —
	VI	4 —		XVI	3 jours
	VII	4 —		XVII	48 heures
	VIII	48 heures		XVIII	48 heures
	IX	48 —		XIX	3 jours
	X	48 —			

Soit une moyenne de 3 jours environ.

Il est à remarquer que dans la plupart des cas, (n^os^ III, V, VI, VII, IX, X, XI, XII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX), on a dû pratiquer la dilatation de Bonnaire.

Enfin, dans les obs. III, XII, et XIX, on a dû avoir recours à la version podalique; dans cinq autres observations, n^os^ IX, X, XI, XVII, XVIII il a fallu appliquer le forceps.

CHAPITRE VII

Résultats de l'Accouchement Prématuré Provoqué

Il est difficile de donner ici une statistique unique, un chiffre de pourcentage unique, permettant de trancher sans discussion possible cette question si souvent et si diversement traitée. Si, en effet, les auteurs sont unanimes à reconnaître l'innocuité pour la mère de l'interruption de la grossesse, ils sont plus partagés en ce qui concerne l'enfant, et chacun d'eux se base sur une statistique en apparence indiscutable. Nous verrons plus loin ce qu'il en faut penser, et comment rationnellement devraient être établies ces statistiques.

A) Mais auparavant, disons quelques mots du sort de la mère dans l'accouchement provoqué.

Théoriquement, la mortalité devrait être nulle. Avec les conditions actuelles d'asepsie, un opérateur exercé devrait pouvoir interrompre une gros-

sesse sans risques pour la mère, non seulement de mortalité, mais encore de morbidité. C'est d'ailleurs le cas le plus général, et la plupart des statistiques donnent 0 % de léthalité maternelle. Quelques accoucheurs cependant ont signalé des cas de mort (Pinard 1 %. Rapport au congrès international de gynécologie et d'obstétrique, 1899).

Il faut en effet tenir compte de l'auto-infection, toujours posible chez une femme peu soignée, et peu soucieuse d'observer les règles de propreté qu'on lui impose. Malgré cela la mortalité est assez faible pour qu'on puisse la considérer comme nulle, et de toutes façons négligeable, à côté de celle qu'entraînent la césarienne ou la pelvitomie.

Quand à la morbidité maternelle, elle est en moyenne de 3 %. Dans certains cas (Delaigue, Th. de Lyon, 1909) elle a pu s'élever à 7,82 %. Là encore ,il faut distinguer, et faire séparément le pourcentage des cas d'infection puerpérale vraie, et des cas où il s'agit d'affections intercurrentes banales, ou bien de ceux où la femme venant trop tard à l'hôpital et se refusant à toute intervention

sanglante, on a été obligé de provoquer l'accouchement, comme un pis-aller. Il est certain que dans cette dernière hypothèse ,le pronostic se trouve aggravé tant pour la mère que pour l'enfant.

Cependant, même en prenant les statistiques en bloc, il n'en reste pas moins que l'accouchement prématuré provoqué est une opération d'une innocuité remarquable pour la mère ; aucune autre intervention ne donne de résultats pouvant lui être mis en parallèle.

B) Il nous reste à étudier le sort du prématuré. Il faudra ici sérier les questions, et étudier séparément.

1° La mortalité immédiate.

2° La mortalité infantile.

3° L'avenir éloigné des prématurés.

1° *Mortalité immédiate.* — Nous envisageons dans ce paragraphe, le cas des enfants mort-nés ou morts dans les 24 premières heures. Nous répétons ici ce qu'enseigne le professeur Rouvier, et ce que nous même disions déjà plus haut : On ne doit pas donner de statistiques globales, mais partielles, car les cas sont bien distincts du prématuré de 1800 gr. et de celui de 3000 gr., et on ne

saurait raisonnablement les mettre sur le même pied.

C'est ce qu'à très bien compris Potel, et ses statistiques sont classées par âges ou par poids du fœtus. Il commence par établir son poids aux différents mois de la grossesse :

fin 6e mois	1000 grammes
6 mois 1/2	1400 —
fin 7e mois	1700 —
7 mois 1/2	1900 —
fin 8e mois	2150 —
8 mois 1/2	2500 —

Puis il établit sa statistique de mortalité suivant le terme.

6 mois 1/2	80,4 °/°
7 mois	58,1 »
7 mois 1/2	31 »
8 mois	25,5 »

Il l'établit ensuite, mais approximativement, suivant le poids.

7e mois	1.000 à 1.700 grammes	60 à 95 °/o
8e »	1.700 à 2.150 »	10 à 31 »
1e 1/2 9e »	2.150 à 2500 »	6,5 à 10 »

La seule inspection de ces 2 tableaux montre déjà d'une manière frappante combien est différent le pronostic suivant le poids du fœtus. Potel

a d'ailleurs dressé un autre tableau qui ne fait que corroborer les précédents. On sait que la température est basse chez les prématurés ; plus elle est basse, plus grandes sont les chances de mortalité.

Voici le tableau à double entrée de Potel :

	32° et au-dessous	32° à 33° 5
1.500 grammes et au-dessous....	98 °/₀.	97,3 °/₀
1.500 à 2.000 grammes..	97,5.	85,6
2.000 grammes et au-dessus... .	75	69,2

Tous les auteurs n'ont malheureusement pas eu le même soin dans le classement de leurs résultats. Voici ceux, rapportés en 1899 au congrès de Gynécologie par le professeur Pinard, et qui avaient à cette époque contribué à discréditer l'accouchement provoqué.

Pour 100 accouchements	morts pendant le travail.....	17
	vivants à la naissance.....	83
	morts avant la sortie du service..	15
	sortis bien portants	67

soit 33 % de décès.

On conçoit combien ces médiocres résultats avaient dû décourager les accoucheurs. Heureusement d'autres statistiques sont plus rassurantes.

La même année, Perret (obstétrique 1899, p.

542) nous cite une statistique personnelle de 14 cas. Il a 3 décès, soit 21, 4 % de mortalité.

Mais il fait justement remarquer qu'aucun de ces décès ne saurait être attribué à sa méthode. Dans deux cas, il y a eu infection ombilicale. Dans le troisième, la mère venue trop tard à l'hôpital, s'était refusée à toute autre intervention. Gallimard (Th. de Paris, 1905) après avoir cité sous forme de tableau ses observations, nous les résume. Il y a eu à la clinique Tarnier, du 1er mars 1898 au 1er janvier 1904, 64 accouchements provoqués :

Enfants vivants 54, soit 84,37 %. Enfants morts pendant le travail ou dans les 48 premières heures : 10, soit 15,62 %.

Ces résultats, sans être remarquables, sont déjà bien supérieurs à ceux de la symphyséotomie, si nous employons la méthode de Charles (deLiège) et aussi bons que ceux de la césarienne.

Delaigue (Th. de Lyon, 1909) nous dit que sur 78 accouchements provoqués à Lyon, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la Charité, 68 enfants sont nés vivants, soit 87,18 % ; ce qui donne une mortalité immédiate de 12,82 %.

Plus récemment, Plauchu (Obstétrique, janv.

1912) publie de remarquables résultats. Sur 13 cas d'accouchements provoqués, il n'a pas eu de décès, soit 0 % de mortalité.

Plus près de nous encore, Bagger-Joengersen (Obstétrique, février 1912) publie ses résultats. Il a provoqué l'accouchement chez 29 femmes; il a obtenu 30 enfants (1 grossesse gémellaire). Il a eu 3 morts immédiates, soit 10 %. Ces 3 morts étaient dues à une procidence du cordon, à une asphyxie, et à un décollement placentaire par la bougie.

Du mois de mars 1905 au mois d'octobre 1910, 19 acouchements ont été provoqués pour pelvi-viciations dans le service du professeur Rouvier.

Ces 19 accouchements se répartissent ainsi :

Enfants pesant moins de 1500 gr.	1	(Observations :	II).
— de 1500 à 2000 gr.	3	(—	IV, VI, XV).
— de 2000 à 2500 gr.	2	(—	XII et XVI).
— de 2500 à 3000 gr.	8	(—	III, VII, VIII, IX, X, XI, XIV, XVIII)
— de plus de 3000 gr.	5	(—	I, V, XIII, XVII, XIX).

Voici comment se répartit la mortalité dans ces différentes catégories :

	CAS	MORTS	POURCENTAGE
Enfants de moins de 1500 gr.	1	1	100 %
— de 1500 à 2000 gr.	3	1	33 »
— de 2000 à 2500 gr.	2	1	50 »
— de 2500 à 3000 gr.	8	2	25 »
— de plus de 3000 gr.	5	0	0 »
TOTAL....	19	5	26 %

Si les résultats sont mauvais pour les enfants de moins de 2500 grammes, ils deviennent beaucoup meilleurs pour ceux qui pèsent plus que ce poids; il n'y a pas eu de décès pour les fœtus de plus de 3000 grammes. En examinant de plus près les décès, nous voyons que dans le 1^er^ cas (enfant de 1230 gr. obs. II), le fœtus est mort au bout de 24 heures. Ce résultat doit être attribué à la débilité congénitale, et il était à prévoir. L'accouchement avait été provoqué à 7 mois 1/2, la mère refusant toute autre intervention.

Sur les 4 autres cas de décès, nous comptons 3 versions, et 1 forceps.

Dans les observations N^os^ VIII et XII, il y a eu 2 versions. Les enfants sont morts par hémorragie méningée, causée par la compression due, une fois à l'étroitesse du promonto-pubien, une

autre fois à celle du bis-ischiatique.

Le décès de l'observation N° XI est dû à la compression de la tête fœtale par le forceps. L'enfant est né en asphyxie blanche et n'a pu être ranimé. L'observation N° VI doit être mise à part. Il y a eu version, sans doute, et l'enfant ne pesait que 1965 gr. Mais la mère mettait la plus grande mauvaise volonté à lui donner le sein, et c'est à ce manque de soins maternels que doit certainement être attribué le décès.

Nous voyons en résumé que la presque totalité de cette mortalité est due à l'intervention opératoire (forceps, version), peut-être à des fautes dans la technique ; il est à remarquer d'ailleurs que cette technique se perfectionnant, les dernières observations donnent de meilleurs résultats que les premières.

2° *Mortalité infantile.* — Nous avons dit que si des enfants nés avant terme, principalement chez les multipares, sont d'un poids égal ou supérieur à la moyenne, ils se trouvent dans des conditions de résistance aussi bonnes que les normaux. Mais ce n'est pas le cas de ceux qui pèsent moins de 3 kilogs, et surtout moins de 2500 gr. Ceux-ci sont en état de moindre résis-

tance; ce sont les débiles : température inférieure à la normale, infection facile, gravité plus grande des affections intercurrentes. Voyons quel sera le sort des prématurés en général, et surtout des débiles.

On sait que le poids de l'enfant baisse dans les premiers jours qui suivent la naissance, pour revenir au bout d'une semaine à son chiffre initial. Maygrier a pu établir la loi suivante :

Plus faible est le poids du nourrisson, plus tard il reprend son poids de naissance.

Pour atteindre 3200 gr. il faut ;

2 mois aux enfants de moins de 2200 gr.

1 — — — plus de —

Maygrier rapporte (Obst. juillet 1907) qu'il a soigné 567 prématurés, à Lariboisière. 467 d'entre eux sont sortis vivants (82 %).

A la Charité, sur 735 prématurés, du 1er mars 1898 au 15 mai 1907, 101 ont succombé et 634 sont sortis vivants, soit 83 %.

Maygrier divise ses petits malades en trois classes :

Voici ses statistiques :

1° Enfants de 1500 gr. et au-dessous.

ANNÉES	TOTAL	VIVANTS	MORTS	
1898	3	1	2	
1899	6	0	6	
1900	3	3	0	
1901	8	3	5	Soit
1902	7	5	2	32,6 %
1903	2	0	2	de
1904	4	1	3	survie
1905	8	1	7	
1906	4	1	3	
1907	1	0	1	
	46	15	31	

2° Enfants de 1500 gr. à 2000 gr.

ANNÉES	TOTAL	VIVANTS	MORTS	
1898	14	9	5	
1899	17	12	5	
1900	15	11	4	
1901	24	13	1	
1902	19	18	1	survie
1903	12	7	5	73,04 %
1904	9	7	2	
1905	20	12	8	
1906	13	8	5	
1907	8	6	2	
	141	103	38	

3° Enfants de 2000 gr. à 2500 gr.

ANNÉES	TOTAL	VIVANTS	MORTS	
1898	63	61	2	
1899	66	63	3	
1900	81	78	3	
1901	66	59	7	
1902	47	45	2	survie
1903	52	50	2	94,16 %
1904	47	46	1	
1905	61	56	5	
1906	45	38	7	
1907	20	20	0	
	548	516	32	

Bar, Brindeau et Chambrelent citent quelques chiffres, montrant combien les prématurés sont sensibles à l'infection.

Il s'agit d'épidémies de broncho-pneumonie consécutives à la rougeole.

	ENFANTS SAINS	PRÉMATURÉS
Epidémie de.....1895	6,6 %	67,6 %
— de.....1896	0 »	16 »
— de mars 1897	0 »	57,4 »
— de nov. 1897	0 »	52,94 »

Les mêmes auteurs reprennent la même statistique, en divisant les prématurés par classes, comme plus haut : enfants de moins de 1200 gr. ; de 1200 à 1500 gr.; de 1500 à 2000 gr.; de plus de 2000 gr.

	ÉPIDÉMIES DE 1895 à 1897	ÉPIDÉMIES DE 1898
Enfants de moins de 1200 gram.	95 %	100 %
— de 1200 à 1500 gram.	85 »	60 »
— de 1500 à 2000 gram.	61,34 %	13,3 »
— de plus de 2000 gram.	32,55 »	6,4 »

Tous ces chiffres montrent bien l'importance du poids du prématuré pour sa résistance. Tandis qu'il meurt 100 % d'enfants de moins de 1200 gr., 6,4 % seulement succombent de ceux qui pèsent plus de 2000 gr.

Bagger-Jœngersen (Obst. fév. 1912), nous cite les chiffres de plusieurs auteurs.

		Enfants vivants à la naissance	Enfants vivants à la sortie du service
Pinard	1891	83	67
Bar	1900	85,2	76,3
Keitler et Pernitza.	1902	60,4	56,6

Hellstroem.....	1902	82,4	82,4
Vial (Ahlfeld).....	1903	58,2	46,5
Scheffzek.....	1905	78	69
Eli Mœller (L. Meyer).	1906	81,3	70
V. Herff.....	1908	86	80
Bagger-Jaengersen	1912	90	90

L'examen de ces chiffres montre la progression toujours croissante du nombre des enfants vivants; il est permis d'espérer qu'avec les perfectionnements continuels de la technique, cette proportion ira toujours en augmentant.

Tels quels, d'ailleurs, les chiffres moyens de ces tableaux sont déjà meilleurs que ceux de la césarienne, et beaucoup meilleurs que ceux de la symphyséotomie.

Gardons donc ces opérations pour les cas qui leur sont réservés; leurs indications seront déjà assez nombreuses.

3° *Avenir des prématurés.* — On peut l'envisager à différents points de vue : survie, troubles physiques, troubles intellectuels. On a accusé l'accouchement avant terme de produire des débiles, à mortalité énorme pendant l'enfance ; les prématurés restaient toujours chétifs; ils

fournissaient un fort contingent aux idiots, aux myxœdémateux, aux paraplégiques, hémiplégiques, hydrocéphales. Les maladies de Little se recrutaient presque exclusivement chez les prématurés.

Le grand défaut de la plupart des statistiques données sur ce sujet est de confondre tous les prématurés : ceux de 1000 gr. et ceux de 3000 gr., ceux issus de parents tarés, et les enfants de parents sains, ceux venus au monde spontanément, et ceux qui exigèrent le forceps ou la version.

Bagger-Jaengersen (loco-citato), rassemble les chiffres suivants :

Prématurés vivants au bout d'un an :

Meimert	56,4 %
Keitler et Pernitza	50
Abraham	57,1
Heymann	55,6
Raschkow	50
Walter	48,3
Hahl	50
Eli Mœller	52
Bagger Jaengersen (Essen Mœller)	82,1

Becker (Th. Kiel 1899), analyse davantage. Il distingue l'accouchement prématuré spontané (maladie maternelle) et celui qui fut provoqué (dystocie pelvienne).

Première catégorie : 13 prématurés. 7 sont morts rapidement; 6 autres (1860 à 3090 gr), avaient au moment de l'enquête, de 1 à 4 ans.

Deuxième catégorie : 31 cas. 22 enfants sont sortis vivants de la clinique. 12 d'entre eux étaient issues de mères mariées ; parmi eux 9 ont atteint l'âge de 1 à 6 ans.

Ahlfeld (Zentrabl. f. Gyn. 1901. N° 21, p. 537), excluant les enfants des filles-mères, a observé la survie à 5 — 14 ans de 41 prématurés, sur 55. Poids à la naissance de 2100 à 3830 gr.

Lorey (Th. Halle. 1904), s'est informé de 60 prématurés (dystocie pelvienne). Il a eu 56 réponses. Le poids moyen de ces enfants à la naissance était de 2537 gr.— 16 enfants étaient morts dans le cours de la première année. Les autres ont marché un peu tard (de 13 mois à 18 mois). Deux seulement sont indiqués comme peu intelligents.

Ostr'cil (Monatschrift f. Geb. und Gynak, 1905, juillet, t. XXII) s'efforce d'établir *l'aptitude à la vie* de tous les prématurés nés pendant 10 ans à la clinique du prof. Rubeska; soit 1542 cas; de 1400 à 2800 gr ; 52,7 % d'entre eux sont encore vivants à 1 an.

2	Enfants	de	1400 gr.	Survie	à 1 an.....	% 0
2	—		1500	—	—	— 0
28	—		1600	—	—	— 17
36	—		1700	—	—	— 27
38	—		1800	—	—	— 21
56	—		1900	—	—	— 33
63	—		2000	—	—	— 47
103	—		2100	—	—	— 50
99	—		2200	—	—	— 43
157	—		2300	—	—	— 49
167	—		2400	—	—	— 58
211	—		2500	—	—	— 54
216	—		2600	—	—	— 62
216	—		2700	—	—	— 59
149	—		2800	—	—	— 63

Que sont devenus ceux qui ont survécu ? 86 % d'entre eux vivent encore au moment de l'enquête (ils ont de 1 à 11 ans). Dans les mêmes conditions, dit Ostr'cil, 97,6 % d'enfants normaux seraient vivants.

Wallich et Fruhinsholz (Rapport à la Société obstétricale de France, 1911) font une enquête, en allant du prématuré à l'enfant et à l'adulte.

Ils résument leurs résultats en favorables, défavorables, et laissant à désirer, suivant que l'enfant est vigoureux et intelligent, ou franche-

ment taré, ou qu'il est délicat, chétif, strabique, etc. . . . .

Voici leur tableau récapitulatif :

POIDS INITIAL	Nombre d'observations	Avenir Favorable		Avenir défavorable		Avenir laissant à désirer	
Prématurés de 900 à 1500 g.	17	7	41,1 %	3	17,8 %	7	41,1 %
de 1500 à 2000 g.	25	13	52 »	3	12 »	9	36 »
de 2000 à 2500 g.	36	27	75 »	1	2,8 »	8	22,2 »
de 2500 à 3000 g	65	51	78,4 »	1	1,6 »	13	20 »

M. Nageotte a envoyé à MM. Wallich et Fruhinsholz le tableau suivant :

Il a dans son service des enfants dégénérés à Bicêtre, 390 malades, dont 28 prématurés, qui se répartissent en :

Epileptiques	3 prématurés	sur	118	(nombre total)
Imbéciles	14	—	102	—
Idiots	7	—	94	—
Incontinence nocturne d'urine...	1	—	7	—
Hémiplégies infantiles.	1	—	10	—
Hydrocéphalies	1	—	2	—
Maladies de Little.....	1	—	5	—

M. Broca, à l'hôpital des enfants malades, a réuni les observations suivantes :

	OBSERVATIONS CONSULTÉES	ENFANTS A TERME	PRÉMATURÉS	SANS RENSEIGNEMENTS
Maladie de Little....	9	5	4	0
Hernies inguinales..	1411	1205	97	100
— crurales....	19	11	1	7
— ombilicales..	157	93	8	56
Spina bifida.....	51	33	3	15
Paralysie infantile....	12	7	2	3
Pied bot paralytique.	145	95	7	3
	1804	1449	122	233

Soit 1 pour 8 environ de prématurés. En somme, il est permis de conclure que s'il existe incontestablement une proportion assez forte de dégénérescences diverses parmi les prématurés, ces dégénérescences paraissent surtout en rapport avec la précocité de l'accouchement, le traumatisme obstétrical subi par le fœtus, et surtout avec les tares des parents (alcoolisme, syphilis).

CHAPITRE VIII

Soins à donner aux prématurés

L'accoucheur ne doit pas considérer son rôle comme terminé lorsque le prématuré sera venu au monde; nous avons vu que souvent l'enfant est débile, exposé à toutes les infections, et que ses chances de survie étaient très réduites. L'accoucheur devra s'efforcer de placer le nouveau-né dans les conditions les meilleures pour lui permettre de vivre. Mais, nous l'avons vu, tous les prématurés ne sont pas débiles, et nous devons diviser ce chapitre en deux sections, où nous considérerons séparément les deux cas.

1° *Prématurés non débiles.* — Ils ne réclament aucun soin spécial. Comme de raison, nous nous efforcerons de leur appliquer les règles de l'hygiène la plus stricte, mais ils recevront les mêmes soins que les nouveau-nés à terme.

2° *Prématurés débiles.* — Une des causes les

plus importantes de mortalité chez le débile, est le refroidissement. Aussi la première idée qui vient à l'esprit est-elle de le placer dans une atmosphère artificiellement surchauffée. Un des premiers appareils imaginés pour obtenir cette chaleur autour du fœtus fut le berceau de Denucé, en 1857, puis la baignoire de Crédé, en 1884. Tarnier, en 1884, créa la première couveuse. Nous ne décrirons pas cet appareil, qui est connu de tout le monde. Nous dirons seulement qu'il est habituellement chauffé à l'eau chaude. On a également essayé l'emploi des sels de baryte. Ce système, d'un emploi aisé pour le personnel infirmier, semble avoir donné de bons résultats.

M. Hutinel a imaginé un appareil qu'il a mis en usage dans son service des Enfants-Assistés. Sa couveuse, qui a l'avantage de pouvoir aisément être tenue aseptique, se compose essentiellement d'un berceau de porcelaine, que l'on recouvre avec une lame de verre, et que l'on chauffe par dessous avec trois boules d'eau chaude. La température de la couveuse, quel que soit le système employé, devra être maintenue à 28° environ. On ne devra la faire monter à 30° qu'exceptionnellement, lorsqu'il s'agira de prématurés de

1500 gr., dont la température sera inférieure à 32 ou 35 degrés ; si au contraire le prématuré pèse 2500 gr., et si sa température est égale ou supérieure à 36°, on poura se contenter de chauffer l'appareil à 25 ou 26 degrés. Quand pourra-t-on retirer l'enfant de la couveuse ? Il sera bon de tenir compte à la fois de sa température et de son poids. En général il devra être gardé dans la couveuse tant qu'il n'atteindra pas 36°5 à 37°, et qu'il ne pèsera pas 2500 gr. Il va sans dire qu'on ne devra pas l'en retirer brusquement, mais de façon progressive. On abaissera lentement la température de la couveuse jusqu'à 20° ; à ce moment on pourra placer l'enfant dans un berceau ordinaire, bien garni de boules d'eau chaude.

On a reproché aux couveuses la difficulté que l'on a de les maintenir à une température toujours égale. De plus l'enfant est exposé à un refroidissement lors de la tétée ou lors du change. Pour éviter cet inconvénient, les couveuses devront être très attentivement surveillées, et on ne devra jamais laisser le prématuré dehors plus de 10 à 15 minutes. Le refroidissement est alors insignifiant.

Les chambres d'incubation, que l'on a essayées dans certains hôpitaux, ont l'inconvénient de faire stationner les nourrices dans une atmosphère surchauffée. Pour réchauffer le débile, on peut encore avoir recours aux bains chauds, suivis de frictions et de massages. Le bain simple, ou additionné de farine de moutarde ou d'un alcoolat, pour le rendre plus stimulant, pourra être chauffé d'emblée à 38° ; on y laissera alors l'enfant 15 à 20 minutes. On peut encore placer le nourrisson dans un bain, dont la température est à peu près égale à la sienne propre, et le réchauffer progressivement jusqu'à 38°. Il y reste 20 minutes.

La question de l'allaitement n'est pas moins délicate que la précédente. Ici, comme chez le nouveau-né à terme, et bien plus encore, il sera essentiel que l'enfant soit nourri au sein.

Budin recommande les tétées régulières, mais un peu moins espacées que chez l'enfant normal, toutes les 2 heures pendant le jour, toutes les 4 heures pendant la nuit, soit 10 tétées dans les 24 heures. Chez les tout petits, pesant moins de 1500 gr., il conseille même de donner le sein toutes les 1 h. 1/2.

A la nourricerie Réaumur, à Lyon, on donne pendant le jour une tétée toutes les 3 heures (à 6 heures, 9 heures, midi, 3 heures, 6 heures), et la nuit une autre tétée à 1 ou 2 heures.

Quant à la quantité de lait que devra absorber l'enfant, elle a été calculée par Budin, de façon rigoureuse. Il faut considérer pour cela 2 périodes; la 1e comprenant les 10 premiers jours, la 2e les jours suivants. De plus les enfants sont classés d'après leur poids en 3 catégories :

	MOINS DE 1800 Gr.	1800 A 2000 Gr.	2000 A 2500 Gr.
2e jour...	115 gr.	128	180
3e — ...	160 »	175	236
4e — ...	210 »	226	295
5e — ...	225 »	308	335
6e — ...	250 »	324	370
7e — ...	280 »	335	375
8e — ...	295 »	350	385
9e — ...	310 »	380	415
10e — ...	320 »	410	425

Nous voyons que ces quantités sont très faibles; encore faudra-t-il surveiller soigneusement l'enfant et se garder de les augmenter s'il a des vomissements ou de la diarrhée.

Après le 10e jour, on pourra augmenter les doses; l'enfant devra prendre en moyenne chaque jour 1 cinquième de son poids de lait.

A la nourricerie Réaumur, à Lyon, on a établi d'après l'expérience, un tableau montrant la quantité idéale de lait que doit prendre le prématuré.

POIDS DU DÉBILE :	GRAMMES DE LAIT :	DE SON POIDS 1 SUR :
1800 grammes....	240	7,5
1900 —	290	6,5
2000 —	310	6,4
2100 —	340	6,2
2200 —	360	6,1
2300 —	375	6,1
2400 —	400	6
2500 —	425	5,8
2600 —	460	5,6
2700 —	480	5,6
2800 —	500	5,6

D'après ce tableau la quantité de lait à donner serait donc un peu inférieure à celle indiquée par Budin : 1/5,6 au lieu de 1/5 du poids de l'enfant. Une fois cette règle posée, le problème de l'allaitement serait facile si l'enfant tétait bien; mais il n'en est pas toujours ainsi, surtout

chez les touts petits, où la musculature de la bouche est encore trop faible. On peut alors verser directement le lait dans la bouche du nourrisson avec une cuiller ; ou bien on peut pratiquer l'allaitement par le nez, en injectant le lait avec une petite seringue (Dr Henriette, de Bruxelles). Mais le lait peut être rejeté par la toux, ou par éternuement. Le meilleur procédé est encore le gavage à la sonde. Nous ne décrirons pas l'appareil, qui est simplement une réduction du tube de Faucher, soit une petite sonde fixée au tube d'un entonnoir. Après avoir introduit le tube dans l'estomac, on verse 10 à 15 grammes de lait, que la mère vient de tirer de son sein, dans l'entonnoir, pendant qu'un aide pince la sonde. On laisse s'écouler le liquide dans l'estomac, et on recommence, jusqu'à ce que le nourrisson ait absorbé la valeur d'une tétée. On retire alors le tube rapidement pour éviter les régurgitations.

Il peut encore arriver que l'enfant prenne le sein, mais qu'il tette mal. Il mâchonne seulement le mamelon, sans absorber la quantité de lait suffisante. On s'en apercevra, d'une part par la courbe de poids, qui restera stationnaire, puis baissera brusquement ; d'autre part par les accès de

cyanose. (Le prématuré devient subitement bleu, asphyxique. En même temps, sa température s'abaisse considérablement, jusqu'à 33° et même au-dessous). En pareil cas, le traitement est très simple. On donnera à l'enfant une nourrice dont le lait vienne facilement, ou au besoin on complétera chaque tétée par un peu de lait donné à la cuiller. Les accès de cyanose seront traités par les bains chauds sinapisés, les frictions généralisées, ou même par l'insufflation.

Quelquefois l'enfant tette trop. On voit alors la courbe de poids augmenter brusquement, puis arrivent les régurgitations, les vomissements, la diarrhée, les éruptions. Ces accidents, qui se produisent plus vite, et sont plus graves, chez les prématurés que chez l'enfant normal, seront évités par une surveillance rigoureuse de l'alimentation. Il sera bon de peser le débile avant et après chaque tétée.

L'allaitement artificiel devrait être réservé aux cas d'impossibilité absolue d'allaitement au sein. La meilleure alimentation sera alors le lait de vache coupé d'eau. Bar, Brindeau et Chambrelent indiquent les proportions suivantes.

1er mois : 1/2 lait et 1/2 eau.

2e mois : 2/3 lait et 1/3 eau.

3e mois : 3/4 lait et 1/4 eau.

4e mois : lait pur.

On pourra encore faire usage du képhir, seul ou avec du lait. On donnera le képhir n° 1, n° 2 ou n° 3, suivant que l'enfant est constipé, bien portant, ou diarrhéique.

Nous devons dire enfin que si la mère du débile se montre nourrice insuffisante, on pourra essayer de l'allaitement mixte. Les résultats sont bien inférieurs à ceux de l'allaitement au sein, et il serait préférable de prendre, autant que possible, une nourrice mercenaire.

Si l'enfant dépérissait malgré tous les soins donnés, on pourrait aussi essayer des injections sous-cutanées de sérum artificiel, ou mieux encore de sérum de Quinton (eau de mer en solution isotonique).

Ce sérum, très en usage dans le service du professeur Rouvier, est employé de deux façons :

1° Méthode de Quinton proprement dite : injections sous-cutanées quotidiennes de 10 à 30 c.

2° Méthode de Queyrel : lavements médicamenteux quotidiens de 30 à 40 c. de plasma de Quinton.

Les 2 procédés peuvent être, et sont souvent appliqués alternativement chez le même nourrisson. Les enfants traités par cette méthode à la Maternité d'Alger ont été nombreux, les résultats ont été bons en général.

Nous ne pouvons citer ici toutes les observations. En voici trois parmi les plus récentes :

1° Observation n° 432 ; série 2. — Accouchement prématuré (placenta prævia), le 24 janvier 1912.

1er jour..	1550 gr.	20e jour....	1490 gr.
2e — ..	1520 »		
3e — ..	1470 »	17 février...	1450 »
4e — ..	1340 »	21 février...	1450 »
5e — ..	1415 »	20 mars....	1900 »
6e — ..	1405 »		
7e — ..	1450»		
8e — ..	1475 »		
9e — ..	1430 »		
10e — ..	1410 »		

L'enfant avait été soumis au traitement de Quinton à partir du 3e jour. Il est sorti en assez bon état, le 20 mars.

2° Observation, n° 438; série 2. — Accouchement prématuré, le 22 janvier (hémorragies placentaires).

1er jour...	1520 gr.	6e jour.....	1405 gr.
2e — ...	1420 »	7e —	1420 »
3e — ...	1340 »	8e —	1450 »
4e — ...	1380 »	9e —	1450 »
5e — ...	1380 »	10e —	1400 »

Le nourrisson avait été traité au plasma de Quinton dès le premier jour. Il est à remarquer que la courbe de poids recommence à monter dès le 3e jour. L'enfant avait reçu le sérum de Quinton, en injections ou lavements, tous les deux jours.

La troisième observation (561, série 2) est relative à un enfant hérédo-syphilitique, apporté du dehors, le 13 avril 1912, et pesant 2 k. 200.

Le 13 avril, on commença un traitement spécial (bains chauds, X gouttes de liqueur de Van Swieten, 20 *c. de plasma de Quinton*). Ce traitement fut continué tous les jours.

	POIDS	TEMPÉRATURE	TRAITEMENT
29 avril	2270 gr.	36,3	Piqûre
30 —	2270 »	36,9	—
1er mai	2750 »	37	Lavement
2 —	2850 »	37	—
3 —	2840 »	37	—
4 —	2850 »	37	—
5 —	2750 »	36,3	—
6 —	2950 »	36,7	—
7 —	2970 »	36,4	—
8 —		36,2	—
9 —	2850 »	37	—

A partir de cette date, la température n'est plus relevée sur l'observation. Voici quelques poids :

17 mai . . .	2850 gr.	4 juin	2960 gr.
24 — . . .	2800 »	5 —	2970 »
27 — . . .	2850 »	6 —	3010 »
29 — . . .	2950 »	7 —	3080 »
2 juin . . .	2950 »	10 —	3150 »

L'enfant a quitté le service, le 10 juin, en parfaite santé.

Pour terminer, nous rappellerons que le prématuré étant très sensible à l'infection, la thérapeutique devra surtout être prophylactique, l'enfant étant soumis aux règles de l'hygiène la plus rigoureuse.

OBSERVATIONS

Les observations suivantes sont empruntées aux archives de la clinique obstétricale d'Alger, avec l'autorisation de M. le Professeur Rouvier.

OBSERVATION I (n° 223, série I)

Accouchement provoqué près du terme. Bassin en antéversion et légèrement aplati du côté gauche.

F. H., 29 ans, entre dans le service le 3 mars 1906. Elle a été accouchée au forceps, 12 mois auparavant, d'un enfant mort-né.

Elle a eu ses dernières règles du 28 juin au 1er juillet 1905 ; elle est donc dans le commencement du 9e mois.

Le Docteur Pélissard, chef de clinique, trouve une tête mobile en O. I. D. P. Bassin en antéversion.

Bis-épineux 22, Bi-crétal 26, Baudelocque 19.

Bis-ischiatique 10.

Le 16 mars, le Docteur Pélissard introduit une sonde de Krause, sur une longueur de environ 15 centimètres. Cette sonde amène de légères douleurs qui s'arrêtent malgré l'administration de la quinine.

Le 17 mars, à 10 heures du matin, M. Pélissard pose un ballon de Tarnier, qui amène des contractions et tombe à 2 heures de l'après-midi. M. Benhamou, interne, en pose 1 second qui amène des contractions régulières. L'accouchement a lieu normalement le 18 mars à 4 h. 1/2 matin. Dégagement en O. P. Placenta 860 grammes.

Poids de l'enfant (sexe masculin) : 3 k. 370. Le 10e jour 3 k. 385.

A la sortie 4 k. 440.

Suites de couches normales.

OBSERVATION II (nº 274, série I)

Bassin jus o-minor aplati. Accouchement prématuré provoqué à 7 mois 1/2.

R. A., 32 ans, entre dans le service le 16 mai 1906.

Primipare. Elle est dans la 1re quinzaine du 6e mois. Fœtus très mobile, présentation du sommet.

Mensurations : Taille de la femme 1m28.

Bis-épineux 22 c/m. 1, Bi-crétal 24,5, Baudelocque

16 centimètres, Bis-ischiatique 7 c/m. 1/2, Promonto-pubien minimum 7 c/m. 7.

Sort du service le 3 juin et y rentre le 4 juillet. Les 13, 14, 15 juillet, lavages vaginaux.

Le 16 juillet. Intervention. Tête refoulable en O. I. G. A. A 9 heures matin, le Docteur Pélissard introduit dans l'utérus 15 centimètres de sonde de Krause. Premières douleurs à 3 h. 30 de l'après-midi. Continuent toute la nuit.

Le 17 juillet. Col très ramolli. Pas d'effacement.

Orifice entr'ouvert. On retire la sonde de Krause et on la remplace par un ballon de Tarnier gonflé au Mn O^4 K Les douleurs réapparaissent mais le ballon se rompt à 8 heures du soir.

Le 18 juillet. Douleurs rapprochées et intenses.

Col complètement effacé et commencement de dilatation. Poche des eaux intactes.

La dilatation se fait rapidement. Rupture artificielle de la poche des eaux. A 1 h. 25 après-midi, expulsion d'un fœtus chétif du sexe masculin et du poids de 1230 grammes. Placenta 320 grammes.

Suites de couches normales.

L'enfant succombe au bout de 24 heures.

OBSERVATION III (n° 280, série 1)

Bassin rétréci en entonnoir. Accouchement prématuré provoqué. Version par manœuvres internes.

F. M., 37 ans, entre dans le service le 17 mai 1906.

VII pare. Tous les accouchements au forceps. 2 enfants morts-nés. Le 3e mort à 19 mois d'une méningite. Les autres bien portants.

Age de la grossesse actuelle : début du 9e mois.

Présentation et variété : S. I. D. A. Fœtus mobile.

Dimensions du bassin : Bi crétal 25,5, Bis-épineux 22, Baudelocque 17,5, Bis-ischiatique 7,5, P. P. M. 9 c/m. 5.

Le 25 mai, à 10 heures du matin, on place une sonde de Krause, qui reste en place 24 heures et provoque de petites douleurs et un commencement de travail.

Le 27 mai, ballon de Tarnier. Dilatation complète à 4 heures de l'après-midi.

A 6 heures du soir, la poche des eaux bombe fortement.

Rupture artificielle. La tête reste élevée.

Anesthésie au chloroforme. Version podalique et grande extraction. Manœuvre de Mauriceau. Au moment de faire l'anse au cordon, celui-ci très grêle, s'est rompu.

L'enfant naît en asphyxie bleue. Respiration artificielle, manœuvre de Schültze.

Enfant du sexe féminin. Poids 2 k. 890.

Délivrance artificielle.

Suites de couches légèrement pyrétiques.

La mère et l'enfant sortent le 1er juin malgré l'opposition du chef de service.

OBSERVATION IV (nº 294, série I)

Bassin uniformément rétréci, Luxation coxo-fémorale droite congénitale. Accouchement prématuré provoqué.

H. I., 17 ans, entre à l'hôpital le 28 mai 1906.

Boiterie congénitale de la jambe droite.

A marché à 3 ans.

Age de la grossesse : 8 mois environ.

Mensurations : Taille 1m33.

Bis-épineux 20, Bi-crétal 21,3, Baudelocque 16, P. P. M. 8 1/2. Bis-ischiatique 8 1/2.

Le 30 mai. O. I. G. P. A 10 h. 1/2 matin, introduction de la sonde de Krause et du ballon colpeurynter de Braun, gonflé avec de l'eau bouillie additionnée de liqueur de Tarnier. Légère dilatation (50 centimes). A la contre-visite, le Docteur Pélissard réintroduit la sonde de Krause et le colpeuryrinter de Braun.

Douleurs assez intenses. On retire la sonde le 1er juin.

Accouchement le 2 juin à 11 heures du matin.

Enfant du sexe masculin du poids de 1 k. 855. Placenta 390 grammes.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant à la sortie : 1 k. 595. (le 8e jour).

Etat assez bon.

OBSERVATION V (n° 296, série I)

Boiterie, suite de lésions suppurées de la région épitrochantérienne droite. Accouchement prématuré provoqué. Version. Grande extraction.

R. S., 35 ans, VI pare. Entre dans le service le 29 mai 1906.

A eu 5 grossesses normales, accouchements spontanés à terme.

Age de la grossesse : fin 8e mois. Tête mobile en O. I. G. P.

Mensurations : bi-crétal 29,5, bis-épineux 24, Baudelocque 20,8, sacro-sous-pubien 9.

Promontoire inaccessible.

Bassin en antéversion très accentuée.

16, 17, 18 juin. Lavages vaginaux.

19 juin. Tête engagée. Le Docteur Pélissard introduit 8 centimètres de la sonde de Krause in utéro. Puis il

place le colpeurynter de Braun, rempli de 300 cm. cubes Mn 0^4 K. La sonde et le ballon sont retirés le soir à 7 heures.

20 juin. Répétition des mêmes manœuvres ;

21 juin. Idem. Pas de contractions ;

22 juin. La femme s'oppose à toute intervention ;

23 juin. La femme se décide à se laisser opérer.

Col très dilatable. Dilatation manuelle. Rupture artificielle de la poche des eaux très plate.

Version. Manœuvre de Mauriceau.

Enfant sexe masculin, 3 k. 250, naît étonné. Placenta 490 gr.

Suites de couches normales ; sauf le 1er jour légère poussée de température.

Poids de l'enfant le 6e jour 3035 grammes. Etat bon.

OBSERVATION VI (nº 456, série I)

Bassin justo-minor infantile. Accouchement prématuré provoqué.

M. L., 31 ans, primipare, entre à l'hôpital le 29 novembre 1903.

Mensurations : taille 1m25.

Bis-épineux 21 centimètres, Bi-crétal 24, Baudelocque 15,5, Bis-ischiatique 6,5, sacro-sous-pubien 7,5.

22 décembre, désinfection, bains.

26 décembre. O. I. G. P.

27 décembre. A 9 heures du matin, application de la sonde de Krause. Les douleurs commencent à 6 heures du soir et cessent à 7 heures le lendemain matin.

28 décembre. A 9 heures du matin, application du ballon de Tarnier. Les douleurs durent toute la journée et toute la nuit.

29 décembre. L'effacement est presque complet.

Quinine. Le soir à 5 heures dilatation de 1 franc.

30 décembre. Dilatation de 5 francs. On retire le ballon. Quinine.

31 décembre. Dilatation de Bonnaire. Rupture artificielle de la poche des eaux. Version podalique.

On obtient un enfant en état de mort apparente, du sexe masculin, du poids de 1965 grammes.

Au 8e jour poids 1545 grammes. Couveuse, Sérum de Quinton. L'enfant meurt le 10 janvier. La mère mettait une mauvaise volonté manifeste à lui donner le sein.

OBSERVATION VII (nº 509, série I)

Bassin justo-minor aplati. Accouchement prématuré provoqué. Version podalique.

M. B., 21 ans, II pare, entre dans le service le 1er février 1907.

Première grossesse normale. Accouchement eutocique d'une fille d'un poids au dessous de la moyenne.

A l'entrée, sommet en O. I. D. P. Début du 9e mois.

Bi-crétal 23,9, Bis-épineux 21,3, Baudelocque 17,9.

7 février. A 9 h. 30 du matin, le chef de clinique place un ballon de Tarnier. Valérianate de quinine.

Les contractions débutent à 11 heures du matin, et continuent. Le ballon tombe à 7 heures du soir.

8 février, à 10 heures du matin, dilatation de 5 francs.

Application du colpeurynter de Braun.

9 février. Quelques douleurs espacées.

10 février. Sonde de Krause, quinine.

11 février. A 9 heures du matin, dilatation de Bonnaire.

Rupture artificielle de la poche des eaux. Version podalique, grande extraction, Manœuvre de Mauriceau.

Naissance d'un enfant du sexe féminin, étonné, mais facilement ranimé. Poids 2 k. 750. Le 10e jour 2 k. 830.

Suites de couches normales.

La mère et l'enfant sortent bien portants, le 24 février.

OBSERVATION VIII (n° 585, série I)

Bassin asymétrique rachitique. Accouchement prématuré provoqué.

J. Q., 29 ans, II pare, entre à l'hôpital le 13 mai 1907.

1er accouchement en 1905, d'un enfant mort-né.

Age de la grossesse actuelle : 8 mois 1/2.

Sommet non engagé en O. I. G. P.

Mensurations : taille 1m36.

Baudelocque 15,5, bis-épineux 23,3, Bi-crétal 25,5.

Promontoire accessible, P. P. M. : 7 centimètres.

Scoliose à convexité gauche, dans la région lombaire : chapelet costal.

14 mai, à 9 heures du matin, le Docteur Pélisssard introduit une sonde de Krause. Douleurs rapprochées. On retire la sonde et on donne une injection chaude à 5 heures du soir. Un gramme de quinine en 4 cachets.

Les contractions s'arrêtent à 10 heures du soir et reprennent à 7 heures du matin, le 15 mai.

16 mai. Dilatation de 5 francs. Dilatation par la méthode de Bonnaire, sous anesthésie.

Version podalique pénible. Manœuvre de Mauriceau.

Enfant mort-né, asphyxie blanche par hémorragie méningée. Poids 2 k. 900.

Déchirure du cul-de-sac vaginal gauche.

Drainage. Suites de couches pyrétiques les 3 premiers jours. La mère sort dans un état satisfaisant le 10 juin.

OBSERVATION IX (n° 608, série I)

Bas in généralement rétréci, en dertro-version. Accouchement prématuré provoqué. Forceps.

R. Th., 25 ans, I pare, entre à l'hôpital le 7 juin 1907.

Ancienne tumeur blanche du genou droit, ayant nécessité l'ablation de la rotule.

Age de la grossesse : fin du huitième mois.

Mensurations : taille 1m41.

Baudelocque : 17,5, Bis-épineux 23,5, Bi-crétal 23, Bis-ischiatique 9,5.

Promonto-sous-pubien 9 1/2.

Présentation du sommet en O. I. D. P.

17 juin. Introduction d'une sonde de Krause.

18 juin. On retire la sonde de Krause et on place un ballon de Tarnier, qui éclate 2 heures après.

Les douleurs continuent cependant. A 7 heures du soir introduction d'un nouveau ballon.

19 juin. Dilatation de 2 francs. Tête refoulable en O. I. G. P. Dilatation de Bonnaire. Application de forceps. Prise oblique en fronto-mastoïdienne. Une première prise abaisse la tête, mais le forceps dérape. Une deuxième prise, dans l'excavation, amène un enfant du sexe masculin, avec asphyxie bleue. On le ranime

assez facilement. L'enfant avait un circulaire autour du cou. Poids 2 k. 570.

Placenta 450 grammes.

Suites de couches normales.

La mère et l'enfant, bien portants, sortent le 1er juillet.

OBSERVATION X (nº 609, série I)

Bassin justo-minor aplati. Accouchement prématuré provoqué. Forceps.

R. C., 22 ans, primipare, entre dans le service le 6 juin 1907.

Age de la grossesse : 2e quinzaine du 8e mois.

Présentation du sommet en O. I. D. P.

Mensurations : taille 1m37.

Baudelocque 16,?, Bis-épineux 20,?, Bi-crétal 21,8, Bis-ischiatique 8,9. P. P. M. 7,5.

15 juin. Introduction de la sonde de Krause.

16 juin. Dilatation de 50 centimes. 1 gr. 50 quinine.

Douleurs régulières. A 7 heures du soir dilatation de 1 franc.

17 juin. A 11 du matin, dilatation de 5 francs.

Bruits du cœur bons. A 2 heures, même dilatation, bruits du cœur affaiblis et précipités.

A 2 h. 30 le Docteur Pélissard fait une application

directe de forceps. Tête élevée et légèrement refoulable.

A 3 h. 20, extraction d'un enfant en état d'asphyxie bleue.

Bains chauds et froids, manœuvre de Schültze.

Tractions de langue. L'enfant, du sexe féminin, du poids de 2 k. 770, est ranimé.

Placenta : poids 350 grammes.

Poids de l'enfant le 10e jour : 2 k. 750.

Suites de couches apyrétiques.

La mère et l'enfant sortent le 29 juin 1907.

OBSERVATION XI (n° 805, série I)

Bassin rachitique.
Accouchement prématuré provoqué. — Forceps.

LL. 22 ans, I pare, entre dans le service le 8 janvier 1908,

Présentation du sommet en O I G P.

Age de la grossesse : 2e quinzaine 8e mois.

Mensurations : Taille, 1 m. 40.

Baudelocque 17,7, Bis-épineux 22, Bi-crétal 25,2, Bis-ischiatique 7,4, Promontoire accessible, Sacro-sous-pubien 9,4. P. P. M : 7,9.

14 janvier. — Tête mobile en O I D P

16 janvier. — Sonde de Krause et colpeurynter de Braun.

17 janvier. — On les remplace par le grand ballon de Champetier de Ribes.

18 janvier. — A 4 heures du soir, la dilatation n'avançant pas, mais le col étant dilatable, le Dr Pélissard pratique la dilatation de Bonnaire, qui est relativement assez facile. — Rupture artificielle des membranes. — La tête est dans l'excavation en O I G A. On fait une application de forceps. Malgré tous les efforts de traction la tête ne progresse pas. On fait la rotation en O. S. et une 2e application de forceps, directe quant au bassin et à la tête .

On extrait facilement un enfant du sexe masculin, du poids de 2 k.670, en asphyxie blanche, et qui n'a pu être ranimé. Déchirure du col à droite. Placenta 400 grammes.

Suites de couches : Constipation. Légère élévation de température. La mère sort bien portante le 30 janvier.

OBSERVATION XII (n° 812, série I)

Bassin généralement rétréci. — Accouchement prématuré provoqué. — Version.

J. L. 34 ans, primipare, entre dans le service le 12 janvier 1908.

Mensurations : Taille 1 m. 40.

Baudelocque 18,5, Bis-épineux 20, Bi-crétal 23, Bis-ischiatique 8,6, Promontoire inaccessible.

Bassin en dextro-version avec anté-version.

Le 20 janvier : Sommet non engagé en O I D P.

Le 22 janvier, on se décide à provoquer l'accouchement. Introduction du colpeurynter de Braun.

23 janvier. Le col est en voie d'effacement. On met un ballon de Tarnier qui reste en place jusqu'au lendemain matin à 10 heures.

24 janvier. —On introduit alors facilement un grand ballon de Champetier de Ribes.

Le soir, dilatation complète. La poche des eaux bombe. Version podalique, la tête étant mobile au détroit supérieur. L'étroitesse du bis-ischiatique gêne beaucoup les manœuvres et le dégagement de la tête. Manœuvre de Mauriceau.

Enfant en état d'asphyxie blanche, avec une hémorragie nasale traduisant la compression cérébrale qui a eu lieu. Il n'a pu être ranimé.

Poids 2 k. 500.

Placenta 450 grammes.

Suites de couches : grippe légère à forme thoracique. Sortie le 5 février 1908.

OBSERVATION XIII (n° 968, série I)

Bassin asymétrique
Accouchement prématuré provoqué

L. B. 33 ans, V pare, entre à l'hôpital le 23 juin 1908.

4 grossesses antérieures. La 1re seule normale. 2e grossesse : enfant mort-né à 8 mois ½ ; 3e grossesse : forceps ; 4e grossesse : fille très petite, meurt à 6 mois.

Age de la grossesse actuelle : fin 1re quinzaine du 9e mois.

Présentation du sommet en O I D P.

Mensurations : Taille 1 m. 57.

Baudelocque impossible à déterminer par suite de la saillie exagérée de la crête sacrée; 20,5 environ.

Bis-épineux 23, bi-crétal 27,7.

Promontoire inaccessible.

27 juin. — 5 heures soir, introduction de la sonde de Krause qui est expulsée le lendemain matin.

29 juin. — A 9 heures du matin, l'interne place un ballon de Tarnier. Il ne tient pas et on le remplace par un ballon de Champetier de Ribes n° 5.

30 juin. — à 2 heures du matin dilatation complète. Rupture spontanée des membranes.

Expulsion spontanée du fœtus à 2 h. 40 du matin.

Enfant du sexe masculin, poids : 3 k. 200.

Placenta 470 grammes.

Suites de couches normales.

L'enfant pèse 3 k. 750 le 10e jour.

Sortie le 14 juillet 1908 de la mère et de l'enfant, bien portants.

OBSERVATION XIV (n° 1083, série I)

Bassin généralement rétréci. — Accouchement prématuré provoqué.

C. G. 25 ans, III pare, entre dans le service le 24 septembre 1908.

1er accouchement au forceps, enfant mort-né.

2e accouchement normal, en septembre 1907.

Age de la grossesse actuelle : milieu du 8e mois.

Présentation du sommet. Pas d'engagement.

Mensurations : Taille 1 m. 44.

Baudelocque 17,5. Bis-épineux 21. Bi-crétal 24,5. Bis-ischiatique 9,5.

28 octobre. — Introduction d'une sonde de Krause ; à 10 heures du matin légère dilatation. La sonde est expulsée dans l'après midi.

Introduction d'un ballon de Tarnier n °1.

29 octobre. — Le ballon est expulsé. — Accouchement normal immédiatement après.

Enfant de sexe féminin. Poids 2 k. 870.

Placenta 480 grammes.

Poids de l'enfant le 10e jour, 2 k. 850.

La mère et l'enfant, bien portants, sortent le 8 novembre 1908.

OBSERVATION XV (n° 1115, série I)

Bassin uniformément rétréci. — Accouchement prématuré provoqué. — Forceps.

I. C. 16 ans, primipare, entre à l'hôpital le 14 janvier 1909.

Age de la grossesse : commencement du 7e mois.

Mensurations : Taille 1m40.

Baudelocque 17,5. Bis-épineux 19.

Bi-crétal 23. Bis-ichiatique 8,5.

Promonto-pubien utile, 8,3.

1er février. — M. Dana assistant, place une bougie de Krause dans l'utérus ; la femme ressent des douleurs toute la journée et la sonde est expulsée à minuit.

2 février. — Le col est complètement effacé. Dilatation de 2 fr. On abandonne le travail à lui-même, mais il avance lentement. La poche des eaux bombant trop, on ne peut placer un ballon de Champetier de Ribes, et on applique l'excitateur de Tarnier, avec une pression modérée. Dilatation d'une paume de main. Tête mobile

au détroit inférieur. Bruits du cœur sourds et précipités. Dilatation bimanuelle de Bonnaire. La poche des eaux se rompt. On applique le forceps au détroit moyen. Extraction en O I G A. L'enfant naît en asphyxie blanche. Il est ranimé au bout de quelques instants. Sexe masculin. Poids, 1 k. 950. Délivrance artificielle. Placenta de 480 gr.. Suites de couches normales.

L'enfant est confié à une nourrice.

OBSERVATION XVI — (n°1163, série I)

Bassin généralement rétréci
Accouchement prématuré provoqué

B., épouse M., 20 ans, primipare, entre dans le service, le 1er janvier 1909.

Age de la grossesse : 1re quinzaine du 8e mois.

Présentation du sommet en O I D P.

Mensurations : Taille 1m48.

Baudelocque 18,5; bis-épineux 19,5; bi-crétal 23; bis-ischiatique 10,5.

Bassin à type oblique ovalaire. Bassin plat.

Le promontoire est accessible un peu à gauche.

1er février. — A 10 h. matin introduction d'une sonde de Krause.

2 février. — Lactose, 75 centigr. de quinine. On place

un ballon de Tarnier qui éclate. A 11 heures, on met un nouveau ballon qui reste en place.

4 février. — A onze heures, dilatation de Bonnaire, à midi, expulsion d'une fille; poids : 2 k. 350.

Délivrance artificielle : placenta de 515 grammes. Suites de couches pyrétiques. Piqûres caféine, spartéine, grands lavages.

Poids de l'enfant, le 6e jour : 2 k. 660.

Etat à la sortie : bon.

OBSERVATION XVII (n° 1194, série I)

Bassin en dextro-version et anté-version
Accouchement prématuré provoqué
Forceps au détroit inférieur

M. B., 21 ans, primipare, entre à l'hôpital, le 10 février 1909.

Age de la grossesse : 1e quinzaine du 8e mois.

Tête mobile au détroit inférieur.

Mensurations. Taille : 1 m. 52.

Baudelocque 21,6; bis-épineux 20,6; bi-crétal 26; bis-ischiatique 9,4.

Promontoire inaccessible.

15 mars, à midi, introduction de la sonde de Krause.

16 mars. A 9 heures du matin on place un ballon de Tarnier qui éclate quelques instants après.

On en place un second qui est gardé jusqu'au 17 mars à 4 heures du matin. On place à 7 heures l'écarteur de Tarnier. A 10 heures, dilatation de Bonnaire.

Application de forceps. L'extraction est difficile, la tête descend très lentement.

Extraction d'un enfant du sexe masculin, du poids de 3 k. 200 gr., à midi.

Placenta, 560 gr.

Suites de couches normales.

Poids de l'enfant le 10e jour : 3 k. 210.

La mère et l'enfant bien portants sortent le 28 mars 1909.

OBSERVATION XVIII (n°1395, série I)

Bassin plat rachitique
Accouchement prématuré provoqué

S. P., 20 ans, primipare, entre à l'hôpital, le 5 octobre 1909, dans le début du 9e mois.

Mensurations. — Baudelocque 17, bis-épineux 21, bicrétal 25. Promonto-sous-pubien 8,5.

6 octobre. — On essaie l'introduction d'une sonde de Krause, n° 18. Mais le col absolument fermé ne permet

pas la pénétration. Tamponnement serré à la gaze iodoformée.

7 octobre. — On enlève le tamponnement. Le col est ramolli et légèrement entr'ouvert. La tête est descendue sur le détroit supérieur.

A 8 h. 3/4, on introduit une sonde de Krause, n° 22. Elle est rejetée à 5 heures du soir. Dilatation de 2 fr.

8 octobre. — La malade refuse l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes. On intervient sous anesthésie. Forceps. Déchirure du cul-de-sac vaginal droit, ayant déterminé une inflammation du ligament large.

On obtient à 10 heures du matin une fille du poids de 2 k. 930.

Placenta du poids de 800 gr.

Poids de l'enfant : au 10e jour, 2 k. 740.

Au 15e jour, 2 k. 850; au 20e jour, 3 k. 320.

Suites de couches pyrétiques. Lochies fétides.

Le 1er novembre, la malade va mieux.

La mère et l'enfant sortent bien portants, le 5 décembre.

OBSERVATION XIX (n° 1868, série I)

Bassin cyphotique
Accouchement prématuré provoqué

M. N., 24 ans, III pare, entre dans le service, le 17

octobre 1910, dans la 1re quinzaine du 7e mois. Il y a 6 ans, une grossesse à terme, accouchement au forceps. Il y a 3 ans, accouchement prématuré au début du 9e mois (L'enfant est mort à 2 ans).

Mensurations : Taille 1 m. 36.

Baudelocque 17,5 ; Bis-épineux 23 ; Bi-crétal 27,5 ; Bis-ischiatique 8,4 (?).

Promontoire accessible.

21 décembre. — A 5 heures du soir on place une sonde de Krause qui tombe au milieu de la nuit.

22 décembre. — Sommet au détroit supérieur. Dilatation de 2 fr. La tête est très mobile.

23 décembre. — La tête est toujours mobile. Dilatation de 5 fr. Procidence d'une main.

La femme est mise dans la position de Walcher-Crouzat pour favoriser la présentation du sommet. La main procidente disparaît peu de temps après. A 3 heures du soir dilatation d'une petite paume.

A 6 heures du soir, bruits du cœur fœtal sourds et précipités. Dilatation de Bonnaire. Version podalique. On a affaire à une O I G T. Manœuvres de Pinard-Mantel, puis de Champetier de Ribes et Budin.

On extrait un enfant vivant, du sexe féminin, du poids de 3 k. 150, qui naît étonné.

Délivrance artificielle. Placenta de 730 gr. Suites de couches : légère pyrexie le 3e et le 4e jour.

Poids de l'enfant : le 10e jour, 3 k. 550; le 15e jour, 3 k. 490.

Sort bien portant, le 4 janvier 1911.

OBSERVATION XX (n° 573, série II)

Bassin limite, généralement rétréci.
Embryotomie céphalique

M. O., 44 ans, VII pare, entre à l'hôpital, le 25 mai 1912. Elle est à terme.

A eu 5 grossesses eutociques (filles); le 6e accouche au forceps; l'enfant est mort à 27 jours.

La femme, lors de sa 4e grossesse, a accouché spontanément d'un enfant de 5 k. 020.

Mensurations : Taille, 1 m. 47.

Baudelocque 19, Bis-épineux 21,5, Bi-crétal 25, Bis-ischiatique 10.

Promonto-pubien minimum 9,5.

La dilatation est complète lors de l'entrée dans le service.

L'enfant est mort in utéro.

M. le Professeur Rouvier pratique immédiatement l'embryotomie céphalique. Il y avait œdème de la lèvre antérieure du col, procidence du cordon. Il doit appliquer le crochet axillaire pour extraire les épaules.

L'enfant mesurait 60 cm. Il pesait 4 k. 550 sans la matière cérébrale.

Les diamètres de la tête n'ont naturellement pas pu être mesurés.

Le bis-acromial non réduit mesurait 16 cm.; réduit, 14 centimètres.

Délivrance artificielle.

La malade avait 3 gr. d'albumine à l'entrée dans le service. L'albumine disparaît après l'accouchement. Les suites de couches sont normales et la mère sort bien portante, le 5 juin 1912.

OBSERVATION XXI (n° 1289, série I)

Résumée

Placenta prævia

Accouchement prématuré provoqué

(Publiée in Bulletin médical de l'Algérie)

(25 Juillet 1909)

T. F., épouse A., ménagère, âgée de 31 ans, enceinte de 8 mois ½ environ, entre à la salle Dubois, le vendredi 21 mai 1909, vers 7 heures du matin, pour des hémorragies persistantes et de plus en plus abondantes qu'elle a depuis le dimanche 16 mai.

Elle a eu successivement 7 grossesses normales, avec 7 accouchemnts eutociques du sommet.

Les dernières règles ont apparu fin septembre 1908. Sitôt après, vomissements quotidiens, vertiges, envies fréquentes d'uriner, point douloureux dans la fosse iliaque gauche. Au début d'octobre, forte hémorragie durant 4 jours. Quelques jours après, nouvelle hémorragie durant 3 jours.

Le 16 mai, la malade est prise sans raison apparente et sans douleur, d'une hémorragie, à début insidieux, et qui augmente peu à peu d'intensité. Elle persiste jusqu'au 21 mai. La malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

A son entrée, elle est oppressée, traits tirés, figure fatiguée . Le pouls est bon. Le cœur fœtal bat à 130.

Fœtus en O I D P. Tête très mobile.

Au toucher, col très élevé ,difficilement accessible, mais très perméable. Au toucher utérin on n'arrive pas sur le placenta. Après examen, le prof. Rouvier diagnostique : Placenta prævia latéral gauche très bas, ayant une tendance à devenir marginal pendant le travail.

Vers 3 heures après-midi, nouvelle hémorragie. Tamponnement vaginal, qui à 6 heures du soir est complètement traversé. Le pouls de la malade et le cœur fœtal étant bons, on fait un nouveau tamponnement, laissé en place jusqu'au lendemain matin 4 heures. Ce tamponnement a provoqué un début de travail, mais les douleurs ont cessé. 250 cm. c. de sérum. A l'examen, le

col toujours élevé, a une dilatation de 5 francs. Le placenta est devenu marginal. 250 cm. c. de sérum.

Vers 8 heures du matin, l'hémorragie recommence.

Le professeur Rouvier décide d'intervenir.

Dilatation de Bonnaire, sous chloroforme.

Le fœtus, à 4 heures du matin était en O I D P.

Le professeur Rouvier introduit donc la main droite pour atteindre le pied gauche; mais il y a eu évolution, et c'est maintenant une position gauche.

M. Rouvier introduit donc la main gauche, et amène à la vulve le pied droit.

Procidence du cordon. Rétraction de l'anneau de Bandl. Il faut agir vite. Traction sur les deux membres inférieurs amenés à la vulve. On abaisse le bras gauche, puis le bras droit. L'ovoïde cormique est dégagé.

Mais la tête reste enclavée dans l'anneau de Bandl. L'asphyxie du fœtus est imminente.

Forceps sur la tête dernière. Le forceps avec la tête est immédiatement expulsé.

L'enfant cyanosé asphyxie; il est rapidement ranimé par les manœuvres classiques.

Délivrance artificielle.

Suites de couches régulières.

La mère et l'enfant sortent bien portants, le 10e jour. Poids de l'enfant à la sortie : 3 k. 360.

OBSERVATION XXII (n° 1413, série I)

(Publiée in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*).
(Novembre-Décembre 1910, page 830)

Résumée

Bassin asymétrique oblique ovalaire
Opération de Gigli

R. T. célibataire, âgée de 27 ans, entre salle Dubois, le 28 octobre 1909, dans la 2e quinzaine du 8e mois. Dernières règles fin février 1909.

Elle est III pare.

Antécédents pathologiques : Tumeur blanche du genou droit, ayant nécessité l'ablation de la rotule à l'âge de 6 ans.

En juin 1907, accouchement prématuré provoqué, à 8 mois (v. obs. n° IX). Enfant asphyxié et ranimé.

En octobre 1908, nouvel accouchement prématuré à la fin du 7e mois de la grossesse.

Fœtus asphyxié, qui ne put être ranimé.

A la 3e entrée, la grossesse étant très avancée, le professeur Rouvier songe à la césarienne. (Voir diamètres, obs- n° IX) L'examen et la radiographie révèlent un bassin du type oblique ovalaire avec atrophie plus marquée à gauche .

Au dessus du détroit supérieur, le fœtus se présente

par le sommet mobile en O I G T, sans aucune tendance à l'engagement ; la bosse antérieure déborde la symphyse pubienne. Le professeur Rouvier se décide à pratiquer l'opération de Gigli.

2 novembre 1909. — Antisepsie préalable. Dilatation du col en 25 minutes, avec le dilatateur de Bossi. Incision du pubis à gauche, un peu en avant de l'épine, à côté de la symphyse. La malade est placée dans la position de Trendelenburg. Le porte-fil est glissé de haut en bas. Section des parties molles avec le fil de soie stérilisée, puis section de l'os avec le fil-scie métallique. Hémorragie en nappe très modérée. Version podalique, forceps sur la tête dernière; sutures du plan profond au catgut; agrafes de Michel pour la peau; sonde de Pezzer dans la vessie.

L'enfant extrait en bon état pesait 2470 gr.

Bi-pariétal de 9 centimètres, inférieur de 5, 10 mm. au P. P. M.

Suites de couches normales.

La plaie suppure légèrement à partir du 10 novembre. Un trajet fistuleux persiste jusqu'au 20 décembre, date de l'expulsion d'une petite esquille d'os qui l'avait provoqué. Dès le 20e jour, co-adaptation résistante des surfaces osseuses sectionnées.

A la sortie, 24 février 1910, la démarche est la même qu'avant l'intervention.

Poids de l'enfant à la sortie : 4500 gr.

Un peu avant la sortie, l'examen du bassin révélait

une ampliation de tous les diamètres, sauf le bis-ischiatique.

Baudelocque	17,5	devenu	18,5.
Bis-épineux	23,5	—	25
Bi-crétal	23	—	24,5
Bis-ischiatique	9,3	—	9,3
Promonto-pubien min.	8 à 8,5	—	9

La vulve, qui était fortement orientée vers la cuisse gauche, est revenue vers la ligne médiane.

A la radiographie, le type oblique ovalaire semble avoir à peu près entièrement disparu.

OBSERVATION XXIII (n° 578, série II)

Bassin généralement rétréci.— Accouchement spontané

R. E., 25 ans, Ipare, entre dans le service le 25 mai 1912; elle est dans la 2e quinzaine du 9e mois.

Pas d'antécédents pathologiques.

Présentation du sommet en O I G A.

Mensurations. — Taille : 1m48, Tronc 0m82.

Baudelocque 18; Bis-épineux 22,5; Bi-crétal 25; Bis-ischiatique 9,5.

Promontoire inaccessible.

Le professeur Rouvier trouve à l'examen une légère dextroversion. Pli fessier gauche plus haut que le droit.

Pli vulvaire tiré sur la cuisse gauche.

30 mai. — Accouchement spontané possible. Cependant expectation armée en vue d'une césarienne. Peut-être faudra-t-il une version au détroit inférieur ou un forceps à la vulve.

1er juin. — O I G P. La tête tendrait à s'amorcer.

2 juin. — O I G T.

5 juin. — O I G P.

8 juin. — A 10 h. matin, la parturiente est prise de petites douleurs. Col ouvert, dilatation de 1 franc. A partir de 4 h. soir, le travail reste stationnaire.

9 juin. — A 10 h. matin, la femme a quelques petites douleurs. Le col est incomplètement effacé. Dilatation de un peu plus de 2 francs. — 1 gr. 50 de quinine. — Expectation armée.

A 4 h. soir, dilatation de 5 francs. Contractions rapprochées. Le travail progresse rapidement. Rupture artificielle de la poche des eaux. Expulsion du fœtus à 7 h. 30 soir. Délivrance spontanée.

Enfant sexe masculin. Poids 3400 gr.

La mère et l'enfant, bien portants, sortent le 16 juin.

CONCLUSIONS

L'examen des résultats qui précèdent nous autorise à adopter une formule éclectique et à conclure :

1° L'acouchement prématuré provoqué est à rejeter dans les pelvi-viciations moyennes et graves.

2° Il est à employer dans les pelvi-viciations légères et en particulier dans les cas de bassins limite, de préférence à la césarienne et à la pubiotomie chez les primipares.

3° Les résultats, excellents pour la mère, médiocres pour les enfants, sont, en employant la méthode de Charles, (de Liège) seule rationnelle, supérieurs à ceux des opérations précitées.

Les résultats sont d'ailleurs très différents suivant les poids des prématurés, mauvais pour les tout petits, excellents pour ceux qui pèsent plus de 2500 grammes.

4° Il faudra donc reculer le plus possible la date de l'accouchement provoqué, et ceci en se ba-

sant, non sur l'âge de la grossesse, impossible à connaître, mais sur les méthodes qui permettent d'apprécier, d'une part les dimensions du bassin maternel, d'autre part celles du fœtus. L'époque de choix est le cours du 9e mois. Dans des cas exceptionnels l'expulsion fœtale pourra être provoquée à la fin de la 2e quinzaine du 8e mois. En tous cas, il vaut mieux ne point y recourir, sauf exception, pour des fœtus d'un poids inférieur à 2500 gr.

Le prématuré, même non débile, devra être l'objet de soins particuliers jusqu'à ce qu'il ait atteint le poids moyen du nouveau-né à terme.

Vu,
Le Président de Thèse,
J. Rouvier.

Vu,
Le Doyen,
Curtillet.

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 19 Juin 1912,
Le Recteur,
E. Ardaillon.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AHLFELD. — L'avenir du prématuré né par l'accouchement provoqué (*Zentrabl. f. Gyn.*, 1901, n° 21, p. 537.

— Sur les enfants abortifs ou prématurés qui survivent (*Arch. f. Gynak*, 1875, tome VIII, p. 194).

AUDEBERT. — Archives médicales de Toulouse, 15 mai et 15 septembre 1900, 15 mai 1901.

AUVARD. — *Traité d'accouchements.*

BAGGER-JŒNGERSEN. — Avenir des prématurés (*Obstétrique*, février 1912).

BAR. — L'accouchement forcé rapide (Rapport au Congrès intern. de Budapesth (*Obstétrique*, mai 1909).

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements.

BECKER. — Ein Beitrag zur Statistik der Künstl-Frühgeburt (*Thèse Kiel*, 1899).

BOURRET. — Pronostic fœtal éloigné des principales interventions obstétricales (*Thèse de Lyon*, 1909).

BURCKARDT. — Essai sur l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de rétrécissement considérable du bassin (*Thèse Nancy*, 1830).

— Maladie de Little comme conséquence des troubles obstétricaux (*Zeitschr. f. Geb. und. Gyn.*, 1899, tome XLI).

CHARLES (de Liège). — *Journal d'accouchement* (17 oct. 1897, 22 oct. 1899, 9 déc. 1830).

CORDIER. — Comm. à la Soc. médico-chirurgicale du Brabant (in *Presse médicale belge*, 1910, n^os^ 42 et 47).

COUVELAIRE. — Hémorragies du syst. nerveux central des nouveau-nés (*Annales de gyn. et d'obst.*, avril 1903).

DELAIGUE. — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'accouch. prém. provoqué (*Thèse Lyon*, 1909).

DESNOUES. — Doit-on conserver l'accouch. prém. prov. dans la thérapeutique des rétrécissements du bassin (*Thèse Paris*, 1911).

FIEUX. — Des indications de l'accouch. prov. accéléré (*Revue mens. de gyn. obst. et péd. de Bordeaux*, août 1901).

GALLIMARD. — De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouch. prém. prov. (*Thèse Paris*, 1905).

GILLES. — De l'accouch. prém. prov. (*Thèse Toulouse*, 1902).

GUIBERT. — De la valeur sociale de l'enfant né par l'ac[t]. prém. prov. dans les cas de bassins rétrécis (*Thèse Lyon*, 1910-1911, n° 3).

HAHN. — Du prématuré (caractères, pronostic, traitement. — (*Thèse Paris*, 1901).

HEYMANN. — *Arch. f. gyn.*, tome LIX, 1899.

LÉOPOLD et CONRAD. — Zur Berechtigungsfrage der Künstlichen Frühgeburt, 1907, p. 648.

LONG-LANDRY. — La maladie de Little (*Thèse Paris*, 1911).

LOREY. — Les suites de l'accouch. prém. artif. (*Sem. méd.*, 24 août 1904).

MANOUTOW. — Accouch. prém. artif. par la méthode de Tarnier modifiée (*Journal d'acc. et gyn. de St-Pétersbourg*, mai 1898).

MAYGRIER. — Le prématuré, sa protection, son avenir (*Presse méd.*, 1908).

— Elevage et survie des prématurés nés à la Charité (Comm. à l'Acad. de méd., 11 juin 1907).

OSTR'CIL. — Ueber die Vitalitat früh geborener Kinder (*Monastschrift f. geb. und Gynak*, 1905, juillet, t. XXII).

H. PAPE. — De l'accouch. prém. prov. dans les bassins viciés (in *Obstétrique*, juillet 1902).

PAQUIER. — De l'accouch. prém. prov. (*Thèse Paris*, 1902).

PERRET. — Symphyséotomie et accouch. prém. (*Thèse Paris*, 1894).

PELZER. — Un procédé exempt de danger pour provoquer l'accouch. au moyen d'injection de glycérine (*Sem. méd.*, n° 50, 1896).

PINARD. — Rapport au Congrès intern. de gyn. et d'obst. Amsterdam, 1899, p. 23).

POBIEDINCKI. — Prov. de l'accouch. par le colpeurynter de Braun et le ballon de Ch. de Ribes (*Journal d'acc. et gyn. de St-Pétersbourg*, sept. 1897).

RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Traité d'obstétrique.*

ROLLET. — Symphyséotomie et accouch. prém. artif. (*Thèse Paris*, 1896).

J. ROUVIER. — Hygiène de la première enfance.

— Mémoire sur le crochet axillaire (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1910).

— Accouch. prém. prov. dans un cas de placenta prævia (*Bull. méd. de l'Algérie*, 25 juillet 1909).

— Contribut. à l'étude de la pubiotomie dans les bassins de type oblique ovalaire (*Annales de gyn. et d'obst.*, 1910, p. 808).

SCHULTZ. — 71 cas d'accouch. provoqué (*Diss. inaug. Halle*, 1897).

SPINELLI. — Un procédé manuel d'accouch. provoqué (*Sem. méd.*, 23 nov. 1898).

Tissier. — De l'influence de l'accouch. anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant (*Thèse Paris*, 1893).

Van Gehuchten. — Maladie de Little (*Revue neurol.*, 1897, p. 65).

Wallich et Fruhinsholz. — Rapport sur l'avenir éloigné du prématuré (*Soc. obst. de France*, 1911).

Warden. — L'accouch. prov. dans les cas de bassins rétrécis (*Thèse Paris*, 1899).

Weill. — Différentes méthodes employées pour provoquer l'accouchement (*Thèse Paris*, 1899).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE I. — Définition des pelvi-viciations... 11

CHAPITRE II. — Pelvi-viciations anatomiques.... 14

1° graves..... 14

2° moyennes..... 16

3° légères..... 17

CHAPITRE III. — Pelvi-viciations fonctionnelles.. 19

1° fœtus normal..... 20

2° fœtus anormal..... 22

CHAPITRE IV. — Conduite à tenir en présence d'une pelvi-viciation légère... 26

1° La grossesse est à terme... 27

a) basiotripsie..... 29

b) pelvitomie..... 30

c) césarienne..... 32

2° la grossesse est en cours... 37

CHAPITRE V. — Quand faut-il provoquer l'accouchement ?..... 39

CHAPITRE VI. — Technique..... 47

CHAPITRE VII. — Résultats de l'accouchement provoqué..... 55

A. Pour la mère..... 55

B. Pour l'enfant..... 57

1° Mortalité immédiate..... 57

2° Mortalité infantile..... 63

3° Avenir des prématurés.. 68

CHAPITRE VIII. — Soins à donner aux prématurés 74

Observations..... 87

Conclusions..... 118

Index bibliographique..... 120